

Le Problème Thérapeutique

posé par

l'Association Fibrome-Grossesse

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 21 Décembre 1942

PAR

M. Léon FLAUD

Né à Gap, le 20 novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. P. DELMAS, <i>professeur, Président,</i> AIMES, <i>professeur,</i> ROUX, <i>agrégé,</i> CADÉRAS DE KERLEAU, <i>agrégé,</i>	{	assesseurs
---------------------------	---	---	---	------------

IMPRIMERIE DU MIDI, 14, RUE DE LA LOGE — 5517 - TT.
PERPIGNAN

1942

LE PROBLÈME THÉRAPEUTIQUE
posé par
L'ASSOCIATION FIBROME-GROSSESSE

Le Problème Thérapeutique

posé par

l'Association Fibrome-Grossesse

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 21 Décembre 1942

PAR

M. Léon FLAUD

Né à Gap, le 20 novembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. P. DELMAS, <i>professeur, Président,</i> AIMES, <i>professeur,</i> ROUX, <i>agrégé,</i> CADÉRAS DE KERLEAU, <i>agrégé,</i>	}	asseurs
---------------------------	---	---	---	---------

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie ..	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médéc. expériment.	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médic. et clin. propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
—	RICHE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies ment. et nerveuses ..	EUZIERE, <i>doy. hon.</i>
Clinique des maladies des enf. et hyg. 1 ^{er} âge.	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ETTIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires ...	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino lar. et chir. maxillo-fac.	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TÉDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES
GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELT.

Chargés d'enseignements complémentaires

	MM.		MM.
Chimie	MONNIER, <i>agrégé.</i>	Clinique de la tu-	
Microbiologie ...	CARRERE, <i>agrégé.</i>	berculose	VIDAL, <i>professeur.</i>
Hist. nat. méd...	HARANT, <i>agrégé.</i>	Pathologie chir...	MOURGUE-MOLI-
Pharmacologie ..	HARANT, <i>agrégé.</i>	— ..	NES, <i>agrégé.</i>
Pathologie médic.	BOUCOMONT, <i>agr</i>	— ..	TRUC, <i>agrégé.</i>
— —	BERT, <i>agrégé.</i>	Chirurgie expér...	GUIBAL, <i>agrégé.</i>
Propédeutiq. méd.	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Médecine, opérat.	ROUX, <i>agrégé.</i>
Clinique interne.	PUECH, <i>prof.</i>	Accouchements ..	CADERAS DE KER-
Clinique des mal.		— ..	LEAU, <i>agrégé.</i>
contagieuses ...	JANBON, <i>profes.</i>	Stomatologie	N...

Agrégés en exercice

	MM.		MM.
Médecine	P. RIMBAUD.	Chirurgie	MOURGUE-MOLI-
—	BOUCOMONT.	—	NES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
—	LAFON, chargé d'agr.	—	ROUX.
Chimie	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Bactériologie . . .	CARRERE.	Accouchements..	CADERAS DE KER-
Hist. nat. médic..	HARANT.		LEAU.

Examineurs de la thèse

MM. P. DELMAS, *professeur, Président* MM. ROUX, *agrégé*.
AIMES, *professeur*. CADÉRAS DE KERLEAU, *agrégé*.



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,
Mort pour la France.

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

*Puisse ce jour la dédommager
des lourds sacrifices qu'elle
s'est imposés à mon égard.
Qu'elle trouve ici l'expression
de ma respectueuse affection
et de ma reconnaissance
infinie.*

A MES TANTES

A MES ONCLES

A MADAME ET MONSIEUR MEYNIER
ET A TOUS LES LEURS

*Faible témoignage de ma
reconnaissance.*

A MONSIEUR ANDRÉ MARTRE,

*dont j'ai si souvent apprécié
la bonté et l'amitié.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL DELMAS,

Professeur de Clinique Obstétricale,

Accoucheur en chef de la Maternité,

Officier de la Légion d'honneur.

*Il a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre
jury de thèse.*

*Nous lui exprimons ici notre
très respectueuse reconnais-
sance.*

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUX,
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
CADERAS DE KERLEAU

*Qu'il veuille bien croire à
notre vive reconnaissance
pour la bienveillance qu'il
nous a toujours manifestée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ BATLLE,

Ancien chef de Clinique Obstétricale à la Faculté de Montpellier,

Accoucheur à la Maternité de Perpignan.

*Qu'il trouve ici l'expression de
notre vive gratitude et de
notre respectueux attache-
ment pour l'enseignement si
précieux qu'il nous a tou-
jours prodigué.*

IX

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JEAN

A LA RÉVÉRENDE MÈRE SUPÉRIEURE
ET AUX SŒURS
DE L'HOPITAL SAINT-JEAN

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MONSIEUR RENÉ-PIERRE BRIAL

*L'amitié qui nous unit me fait
déplorer son absence.*

AU DOCTEUR ALBERT BENS,

*en souvenir de nos années
d'internat.*

AU DOCTEUR PAUL DURAND

INTRODUCTION

Les problèmes obstétricaux que posent les fibromyomes de l'utérus ont été l'objet de la préoccupation constante des obstétriciens, en raison même de la gravité des complications qu'ils peuvent entraîner.

On a beaucoup écrit sur la thérapeutique des fibromes de l'utérus gravide. Les mémoires, les thèses inaugurales, les leçons cliniques et les observations publiées dans les Sociétés Savantes ont été multipliés et leurs auteurs se sont efforcés de rechercher la thérapeutique la meilleure susceptible d'améliorer un pronostic demeuré longtemps désastreux. Il n'est que de comparer les résultats présentement acquis avec ceux autrefois obtenus pour se rendre compte que les efforts accomplis n'ont pas été vains.

L'évolution des idées apparaît avec une singulière netteté lorsque l'on approfondit cette question des fibromes de l'utérus gravide ou parturiant, et c'est là, plus qu'ailleurs peut-être, que se peuvent juger les bienfaits des tendances chirurgicales de l'obstétrique moderne. Alors que nos devanciers s'efforçaient de surmonter les difficultés par les manœuvres obstétricales dont le classicisme tendait à exclure une chirurgie alors bien aventureuse, nous préférons, au contraire, ne recourir, aujourd'hui, qu'aux seules méthodes chirurgicales, infiniment plus sûres, et dont les résultats ont fait d'un pronostic sombre un pronostic bénin.

Deux observations, que le Dr BATLLE a bien voulu nous communiquer, ont été pour nous l'occasion de recherches bibliographiques et de lectures dont la thèse inaugurale que nous

avons l'honneur de soutenir aujourd'hui est la modeste conclusion.

Nous ne saurions prétendre apporter ici des éléments nouveaux ni une contribution originale à l'exposé d'un sujet dont tout ce qu'il y avait à dire a été déjà dit. Le but que nous nous sommes assignés est celui d'une simple mise au point, d'une revue générale de la question du problème thérapeutique que pose la coïncidence d'un fibrome et d'une gestation. Etudiant les complications dont cette association peut être l'objet, au cours de la grossesse et de l'accouchement, nous examinerons les indications opératoires qu'elles comportent et la conduite qu'il convient d'adopter au mieux des intérêts de la mère et de l'enfant.

C'est volontairement que nous avons limité notre travail, laissant de côté l'étude des incidents qui peuvent survenir lors de la délivrance ou dans les suites de couches. Cela nous eut entraîné trop loin et multiplié des pages d'une impression déjà difficile.

Si le travail que nous soumettons aujourd'hui à l'appréciation de nos Juges n'a pas le mérite d'une originalité qui le distingue, du moins avons-nous la satisfaction de l'avoir accompli de notre mieux. Nous sommes d'ailleurs certains de retrouver auprès de nos Maîtres, en ce dernier acte de notre scolarité, la bienveillante indulgence qu'ils nous ont toujours témoignée et dont nous conserverons le souvenir reconnaissant.

HISTORIQUE

La mise au point du problème de l'évolution de la grossesse dans les utérus fibromateux ainsi que des conséquences thérapeutiques que peut susciter cette fâcheuse coïncidence est de date relativement récente.

En 1868, en effet, au cours d'une communication à la Société de Chirurgie, DEPAUL pouvait dire que : « La science est loin d'être faite » sur cet important problème d'obstétrique.

Les auteurs anciens mentionnent rarement ce sujet. La première observation de fibrome dystocique semble avoir été publiée par FABRICIUS DE HILDEN en 1646. Mais c'est à LEVRET que revient le mérite d'avoir publié, en 1749, à l'Académie de Chirurgie, le premier travail d'ensemble sur cette importante question, travail qui fait époque et dans lequel on retrouve au chapitre III quelques observations intéressantes. Dès lors, l'attention est attirée sur ce sujet. Successivement CHAUSSIER (1813), BÉCLARD (1820), M^{me} la CHAPELLE (1828), DENEUX (1829), DUGÉS et M^{me} BOIVIN (1833) publient des cas observés dans leur pratique.

En Allemagne, PUCHELT (d'HEIDELBERG) consacre, en 1840, sa thèse inaugurale à cette importante question.

En Angleterre, ASHWELL (1836) signale le ramollissement putride des fibromes au cours de la grossesse et les dangers qui en peuvent résulter pour la gestante. Il conseille, comme thérapeutique, la pratique de l'accouchement prématuré provoqué.

En Angleterre encore, INGLEBY traite de la dystocie par corps fibreux prævia ; il signale l'influence de la grossesse sur le développement des tumeurs et restreint les indications de l'avorte-

ment thérapeutique et de l'interruption prématurée de la grossesse.

En 1869, l'étude de la coexistence du fibrome et de la grossesse prend une ampleur considérable, cette question est plus spécialement étudiée du point de vue thérapeutique. Au même moment, à la Société de Chirurgie de Paris, est débattu pour la première fois le problème des indications thérapeutiques dans l'association fibrome-grossesse. A cette discussion prennent part DEPAUL, TARNIER, GUENIOT, BLOT, TRÉLAT qui se divisent en deux camps : celui des abstentionnistes et celui des interventionnistes.

A cette époque, la myomectomie abdominale, plusieurs fois tentée par DANYAU, HOFDEN, MAYO-ROBSON, VAUTRIN est à peu près abandonnée, tant les résultats en sont déplorables pour la gestante.

La myomectomie vaginale, exécutée pour la première fois par HAUCK, en 1856, est alors presque exclusivement pratiquée. Mais ses indications sont restreintes car elle ne peut atteindre que les fibromes du col, les polypes accouchés par le vagin, ou, à la rigueur, les masses pédiculées plongeant dans les culs de sac.

La myomectomie abdominale est reprise par MARTIN, de Berlin, en 1873, puis par PÉAN, 2 ans après. Elle fait, en 1886, l'objet d'une communication de ROUTIER à la Société de Chirurgie. De 1890 à 1900, les observations se multiplient ; 36 sont publiées durant cette période et le succès s'affirme. Le pronostic opératoire, quoique bien incertain encore, s'améliore avec la technique : les interruptions de grossesse sont de plus en plus rares et les suites moins fâcheuses pour l'opérée.

C'est vers cette époque que se situent le mémoire d'agrégation de LEFOUR (1880), la thèse de CHAHBAZIAN (1883), celle de MARQUEZY (1891).

En 1901, la question fait l'objet d'une importante discussion qui groupe, à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, des chirurgiens très interventionnistes avec SCHWARTZ, RICHELLOT, CONDAMIN, J.-L. FAURE, d'autres plus réservés, tels que ROUTIER, QUENU, DELBET, SEGOND, MONPROFIT,

DELAGENIERE, POZZI et des accoucheurs réticents : PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES, LEPAGE.

Dès lors, les publications se succèdent et pour ne retenir que les plus importantes ou les travaux d'ensemble, signalons le mémoire de PUECH (1915), la thèse de CLEIZ (Nancy, 1908), le rapport de LABEY au Congrès de Chirurgie en 1924, les thèses de LEROUX (Paris, 1923), de BAUDOT (Nancy, 1924), de DENIS (Bordeaux, 1925), de BARTHELEMY (Bordeaux, 1929).

En 1929 enfin, le problème de la myomectomie au cours de la grossesse est mis à l'ordre du jour au VI^e Congrès des Obstétriciens et Gynécologues de Langue Française (Bruxelles, octobre 1929) et fait l'objet du remarquable rapport de BRINDEAU qui constitue une véritable mise au point de la question.

I. Conduite à tenir pendant la grossesse

La coexistence d'un fibrome et d'une grossesse est une éventualité qu'on rencontre le plus souvent chez les primipares âgées. Il s'agit, en général, de femmes ayant dépassé la trentaine, mariées sur le tard et devenues enceintes après une stérilité tenace et, si l'aphorisme de PINARD : « Une femme fait des fibromes ou des enfants », se vérifie souvent, il arrive parfois à certaines d'entre elles d'avoir le triste et l'heureux privilège de faire à la fois les deux.

Les cas sont pourtant rares et quelques statistiques permettent de fixer les idées sur la fréquence d'une telle coexistence.

PINARD a relevé 7 cas de fibromes sur 1.000 femmes enceintes. TROËL (de Stockholm) donne la proportion de 4 pour 1.000. BRINDEAU cite le chiffre de 8 pour 1.000. TREUB a trouvé sur 429 fibromateuses 13 femmes enceintes. BAUDOT publie dans sa thèse une statistique de la Maternité de Nancy et trouve un cas de fibrome sur 1.000 de 1900 à 1919, 13 pour 1.000 de 1920 à 1922. Quelques statistiques plus récentes sont celles de WHITRIDGE WILLIAMS (de Baltimore) : 60 fibromes sur 7.000 grossesses ; celle de la Clinique Baudelocque : 162 cas sur 21.330 accouchements ; celle du Sloan Hospital : 250 cas sur 30.836 accouchements ; celle de la Clinique Tarnier où 31 interventions chirurgicales furent pratiquées sur un total de 18.000 accouchements. Plus récemment enfin, MAHON, compulsant les observations de la Clinique Obstétricale de Bordeaux (1919 à 1931), a relevé 42 cas de fibromes sur un total de 12.000 accouchements.

Expliquer la raison pour laquelle fibrome et grossesse sont l'apanage des primipares d'âge mûr nous semble difficile. Ont-elles fait un fibrome parce qu'elles n'avaient pas d'enfant,

comme le conçoit PINARD, ou sont-elles demeurées stériles en raison de leur tumeur ? Si l'on excepte les fibromes du col dont la présence constitue pour la fécondation un obstacle mécanique par obturation ou déviation du trajet cervical, si l'on considère que les myomes sous-muqueux, générateurs d'endométrites, sont le plus souvent incompatibles avec la greffe de l'œuf sur une muqueuse malade, on ne voit guère par quel mécanisme un fibrome interstitiel, et à plus forte raison une tumeur sous-séreuse, pourrait gêner la fécondation.

Il n'en demeure pas moins vrai, en dépit des dénégations d'HOFMEIER, que les femmes présentant des fibromes sont les victimes d'une stérilité relative sur laquelle ont insisté LEFOUR, GUSSEOWE, TREUB et qu'OLSHAUSEN estime à 31 %.

En raison même de la rareté de la grossesse chez les fibromateuses, pour lesquelles leur état constitue une chance inespérée, il importe de s'efforcer de conduire leur grossesse à bonne fin.

Nous allons donc être amené à rechercher si de graves dangers compromettent la grossesse évoluant dans un utérus fibromateux et si cette menace est suffisamment sérieuse pour justifier au cours de la gestation une myomectomie systématique de toutes les tumeurs tant soit peu importantes.

1. — DE L'INFLUENCE DES FIBROMES SUR LA GROSSESSE

A) Fréquence de l'interruption de la grossesse

Parmi les accidents dont les fibromes peuvent être responsables, nous laisserons à dessein de côté la gêne qu'ils sont susceptibles d'apporter au cheminement de l'œuf fécondé dans la trompe, gêne de laquelle peut s'ensuivre la possibilité de grossesses ectopiques dont TROËL avait recueilli 61 observations.

Nous ne nous étendrons que fort peu sur les insertions basses qui se peuvent rencontrer. Elles sont, sans aucun doute, la conséquence de la tumeur, mais une conséquence indirecte et par l'intermédiaire de l'endométrite dont la fréquence a été signalé

par WYDER. Cette endométrite est d'autant plus fréquente que la tumeur est plus voisine de la muqueuse utérine qui se trouve, de ce fait, plus exposée à être atteinte par les modifications histo-pathologiques dont les fibromes sont fréquemment le siège au cours de la gravidité.

PINARD a, d'ailleurs, insisté sur ce point particulier et signalé que ce sont surtout les myomes sous-muqueux, rarement compatibles d'ailleurs, nous l'avons précédemment indiqué, avec la nidation de l'œuf, puis les interstitiels, qui sont le plus souvent responsables de l'insertion du placenta sur le segment inférieur. La fréquence de cette complication est estimée par NAUSS à 2 pour 100 des cas de fibromes et par LEFOUR à 4 pour 100. CHAHBAZIAN a recueilli 80 observations dont deux seulement concernant les fibromes du corps utérin.

Il est beaucoup plus intéressant de rechercher quelle est la fréquence de l'interruption de la grossesse se développant dans un utérus fibromateux. Que cette interruption soit précoce ou tardive, qu'il s'agisse, peu nous importe, d'avortement ou d'accouchement prématuré, l'étude des statistiques va nous éclairer sur ce point particulier.

LEFOUR note, sur un total de 227 observations, 23 grossesses interrompues (soit 10 pour 100). PINARD signale 5 avortements et 13 accouchements prématurés sur 84 cas (soit 21,4 %). La statistique de JAMAIN comporte 20 avortements sur 84 observations (23,8 %). Celle de GARKISCH, 86 sur 232 cas (37 %). Celle de MEHENT est de 30 accouchements prématurés pour 80 grossesses (37,5 %). Dans sa thèse inaugurale, CLEIZ dénombre 5 avortements sur un total de 23 observations (21,7 %). BAUDOT, dans la sienne, relate 4 avortements et 5 accouchements prématurés pour 60 cas observés (15 %). MAHON, par contre, relevant la statistique de la Clinique Obstétricale de Bordeaux, de 1919 à 1931, n'a trouvé qu'un seul avortement sur un total de 42 grossesses, alors que 19 d'entre elles évoluaient dans des utérus porteurs de gros fibromes ayant au moins la dimension d'un poing d'adulte.

Il paraît évidemment difficile de se faire une opinion précise

sur la fréquence de l'interruption de la grossesse à la lecture de statistiques discordantes et dont nous ne mettons point en doute la sincérité, quoique DISRAELI ait pu dire : « qu'elles sont la forme la plus élégante et la plus impersonnelle du mensonge ». Mais nous pouvons néanmoins en dégager l'impression générale que la grossesse s'interrompt avec beaucoup plus de facilité dans des utérus fibromateux que dans des utérus sains et partager l'opinion de LANTUEJOUL en admettant que cette interruption est deux fois plus fréquente.

Tous les fibromes ne semblent pourtant pas faire courir à la grossesse les mêmes dangers et, sans doute, convient-il de faire parmi eux une distinction.

Si nous considérons la distinction classique et chirurgicale surtout en fibromes sous-muqueux, interstitiels et sous-séreux, il est légitime de penser que les premiers sont de beaucoup les plus sévères. Si l'œuf est parvenu à se greffer sur une muqueuse malade, vraisemblablement atteinte d'endométrite du fait de la présence de la tumeur dans son voisinage immédiat, il aura de fortes chances d'être précocement expulsé et l'avortement en est la conséquence à peu près fatale.

Plus le fibrome aura son siège éloigné de l'endométrite et plus la grossesse aura de chances de se rapprocher de son terme. C'est ainsi que les fibromes interstitiels qui ne peuvent guère interrompre la gestation que par la gêne qu'ils apportent à l'augmentation utérine auront une action plus tardive dans la pathogénie de cette interruption. C'est à eux que reviendra la responsabilité de l'accouchement prématuré, d'autant plus à craindre que le fibrome est plus gros, plus étendu ou que les nodules sont multiples ; d'autant plus redoutable en un mot qu'il y a moins de tissus sains.

Les myomes sous-séreux enfin, masses pédiculées, agissent surtout par compression. Leur danger s'accroît principalement en fonction de leur volume et seuls sont à craindre les gros fibromes dont la présence n'en est pas moins bien souvent compatible avec un accouchement à terme, ainsi que le prouve la statistique de MAHON.

Mais il convient encore de faire parmi les fibromes une autre distinction, celle-ci beaucoup plus obstétricale que la précédente, et de considérer qu'il existe des fibromes du col, du corps et du segment inférieur.

Les premiers, d'ailleurs rares, sont ocytociques et susceptibles de provoquer, à tout moment de la grossesse, l'apparition de contractions utérines réflexes. Ils sont une épine irritative qui peut constamment éveiller la contractilité de la fibre lisse.

Aux fibromes du corps paraît appartenir surtout la responsabilité des avortements. Au cours des deux premiers trimestres, en effet, c'est aux dépens de la portion corporeale de l'utérus que s'effectue l'ampliation gravidique et celle-ci pourra être entravée par l'existence d'une tumeur qui limite les possibilités extensives du myomètre.

Inversement, ce sont les fibromes isthmiques qui nous semblent devoir plus particulièrement produire les accouchements prématurés. De tels fibromes sont, en effet, obstétricalement parlant, des fibromes du segment inférieur dont l'action, limitative de l'ampliation isthmique, ne se manifestera qu'au cours du dernier trimestre de la grossesse.

Cette classification obstétricale des fibromes nous paraît donc à retenir, d'autant plus que les faits observés semblent en justifier l'importance. La statistique de LEFOUR, celle de CHAHBAZIAN, sont à ce sujet fort démonstratives. Toutes deux, en effet, comportent des chiffres similaires : pour les fibromes du corps, 23 % d'avortements et 10 % d'accouchements prématurés ; pour ceux du segment inférieur, le pourcentage est inversé avec 23 % d'accouchements prématurés et 10 % d'avortements.

B) L'évolution de la grossesse après myomectomie

Puisque nous connaissons maintenant les dangers que font courir les fibromes à la grossesse et que nous avons approximativement chiffré les risques d'interruption prématurée, nous allons essayer de préciser si la myomectomie systématique de toute tumeur tant soit peu importante ne serait pas susceptible

d'améliorer la situation. Nous établirons donc pour cela un parallèle entre les résultats de l'abstention, résultats qui nous sont déjà connus, et ceux de la myomectomie pratiquée au cours de la gestation.

Les résultats qui figurent sur les statistiques anciennes sont franchement déplorables. La statistique d'APFELSTEDT, l'une des premières en date à notre connaissance, comporte 11 accouchements prématurés sur 26 cas opérés et guéris (il y avait eu 6 morts), soit l'énorme proportion de 42,3 % d'échec. Si actuellement encore LANTUEJOUL n'estime qu'à 60 % les chances de voir se poursuivre la grossesse après myomectomie, les statistiques plus récentes sont pourtant moins mauvaises.

Celle de THERMIER (1901) comporte 23 interruptions post-opératoires de la grossesse pour un total de 104 observations (22 %). JAMAIN (1903) rapporte 21 interruptions sur 97 cas (21 %). HEINECK (de Chicago) trouve 28 avortements sur un total de 107 interventions (24 %). BENOIT-GONIN, dans sa thèse, note 20 % d'interruptions pour 97 observations.

Meilleures sont, en apparence, les statistiques de FONTAINE (1914) avec seulement 6 % d'avortement sur 32 observations, et celle de BAUDOT qui, pour 70 myomectomies, ne déplore que 4 interruptions de la grossesse (5,7 %). Ce dernier auteur ne tient cependant compte dans sa statistique que des avortements et des accouchements prématurés survenus dans les suites opératoires immédiates ; mais dans les suites éloignées, on relève que la grossesse s'est interrompue 5 fois encore, ce qui porte à 12,8 % la proportion exacte des accidents dont la myomectomie doit être tenue pour responsable.

Dans son remarquable rapport au Congrès de Bruxelles, en 1929, le professeur BRINDEAU établit tout d'abord une statistique globale. Celle-ci, qui résume toutes les statistiques personnelles de BRINDEAU et TREUB (de 1881 à 1904), celles de HEINECK (1920), de COTTE et CREYSSSEL (1905 à 1922), et de LABEY (1924), porte sur un total de 354 observations pour lesquelles sur 342 opérées qui ont guéri, on note 24 % d'interruptions et 76 % d'évolution normale de la grossesse. L'auteur rapporte ensuite une statis-

tique personnelle et plus récente, celle-ci bien meilleure et qui comporte 16 % d'avortements ou d'accouchements prématurés pour 25 myomectomies conduites avec succès. La statistique du référendum enfin, qui totalise les résultats d'un grand nombre de gynécologues et d'accoucheurs contemporains, dénombre 10 % d'interruptions sur un total de 133 observations.

Citons enfin, pour clore un exposé fastidieux, mais qui seul nous permettra d'avoir des idées justes, l'opinion de MAISON, par trop pessimiste semble-t-il, qui estime de 25 % à 40 % les risques d'interruption que la myomectomie fait courir à la grossesse.

C) Déductions thérapeutiques

Si nous essayons de lire à travers tous ces chiffres et de comparer les risques d'interruption dont les fibromes menacent la grossesse à ceux que la myomectomie lui fait courir, il apparaît, semble-t-il, que les chances s'équivalent.

Sans doute pourra-t-on nous objecter qu'il est dangereux pour la recherche de la vérité, de mettre en parallèle les résultats de l'abstention et ceux d'une intervention dont les indications ont été le plus souvent imposées au cours de la grossesse, par des complications diverses.

Il n'en demeure pas moins que ce moyen nous permet de juger de l'opportunité de la myomectomie sur la seule et vague indication que le fibrome serait susceptible de compromettre la grossesse avec laquelle il coexiste.

Cette opération ne nous semble pas légitimée par cette crainte. C'est une politique imprudente et dangereuse que celle qui consiste à intervenir, sans indication formelle, sur un utérus dont on veut justement préserver la grossesse. Et Gribouille n'eut certes pas fait mieux que les interventionnistes systématiques qui la conseille.

Il y a certes bien des cas où l'utérus, particulièrement complaisant, a toléré sans révolte des myomectomies dangereuses par leur étendue ou par les délabrements causés. L'observation de DIDIER et HIDDEN, qui n'énuclèrent pas moins de 9 myomes ;

celle de HAMANT et VERMELIN, qui extirpèrent 6 nodules d'un utérus gravide ; celle de SCHOCKAERT enfin, où la grossesse ne fut pas compromise malgré l'ouverture de la cavité utérine, sont de remarquables et de bien curieux exemples dans lesquels il est loisible d'admirer autant la passivité de l'organe que l'imprudence des chirurgiens.

Nous savons, d'autre part, que la myomectomie est une opération simple, dont les risques hémorragiques ont été bien souvent surfaits et seront en tous cas diminués, restreints, par une technique sûre et par un capitonnage bien fait. Mais il n'en demeure pas moins que si minime soit-il, le risque existe et que si l'on meurt infiniment moins de myomectomie qu'on mourrait autrefois, on peut cependant en mourir encore. Et, pour aussi léger qu'il puisse être, ce danger opératoire, ne saurait que renforcer notre opinion, à savoir que la myomectomie au cours de la grossesse n'est pas une intervention prophylactique destinée à diminuer un risque supposé, mais qu'elle doit demeurer une méthode de nécessité, une opération curatrice dont les indications seront toujours sagement posées.

Elles le seront d'autant plus que l'on ne saurait toujours exactement prévoir si la myomectomie projetée sera réalisable et si, chemin faisant, le sacrifice total de l'utérus ne s'imposera pas. Tel chirurgien qui va pratiquer une myomectomie pour une tumeur sessile de la face antérieure, ou pour un fibrome pédiculé plongeant dans l'excavation, n'est jamais assuré de ne pas rencontrer sur la face postérieure de l'organe plusieurs noyaux myomateux qu'il n'avait pu sentir. Et le ventre ouvert, les lésions sous les yeux, l'opérateur devra choisir entre trois solutions imprévues : se résoudre à une opération incomplète qu'il faudra recommencer plus tard ; enlever tous les myomes et compromettre à coup sûr la grossesse en transformant son contenant en une loque affreusement balafrée ; soit, enfin, pratiquer une hystérectomie, ce qui n'est assurément pas le meilleur moyen d'épargner la gestation.

La seule indication qu'il soit possible d'admettre à la myomectomie-opération prophylactique est celle des avortements à

répétition qu'aucune autre raison que la présence d'un fibrome ne saurait expliquer. Quelques rares observations de ce genre ont été publiées par HALLER, par VILLARD, et VIGNES a pu conjurer par ce moyen un avortement menaçant chez une tertipare ayant eu deux fausses couches lors de ses précédentes grossesses.

Puisqu'il ne faut pas nuire à autrui, surtout quand on est médecin, précisons, en guise de conclusion, que la myomectomie au cours de la grossesse ne saurait être légitimée que par des indications précises, qui ne doivent pas être tirées, sauf exception bien rare, du retentissement que les fibromes peuvent avoir sur la gestation.

2. — DE L'INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES FIBROMES

Beaucoup plus intéressantes, du point de vue des indications thérapeutiques, sont les modifications diverses dont les fibromes peuvent être le siège au cours de l'évolution d'une grossesse. Parmi ces modifications, il en est de physiologiques, fréquentes, sinon constantes et qu'il faut bien connaître, bien qu'elles ne soient que rarement la raison d'une décision chirurgicale. D'autres, au contraire, appartiennent au domaine de la pathologie. Elles sont heureusement plus rares, mais susceptibles, par leur gravité, d'imposer à l'accoucheur une indication d'opérer d'urgence.

1° MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DES FIBROMES AU COURS DE LA GROSSESSE

Le fibrome gravidique est le siège de deux modifications physiologiques principales : l'une d'elle est constante, hystologique, car elle intéresse la structure de la tumeur, c'est l'hypertro-

phie. L'autre, très fréquente, est purement statique, c'est le déplacement.

A) Modification histo-physiologique : Hypertrophie des fibromes

Si CORNIL a pu signaler, dans certains fibromes de l'utérus gravide, des îlots de tissus mortifiés, susceptibles de modifier le régime de la tumeur, une telle éventualité est absolument exceptionnelle. En règle générale, le fibrome s'hypertrophie au cours de la grossesse.

L'hypertrophie est, en effet, le caractère le plus commun et le plus constant que la grossesse imprime au fibrome avec lequel elle coexiste. Cette hypertrophie se manifeste souvent de façon précoce, dès les premiers mois de la gestation. Elle est à tel point sensible qu'il est parfois possible d'identifier à ce moment des tumeurs demeurées jusque-là insoupçonnées.

SEITZ pense que ces modifications sont conditionnées par l'intensité de la circulation et par les hormones du corps jaune gravidique, souvent anormalement actif en cas de fibrome. Cependant, les raisons de cet accroissement du volume doivent être recherchées dans la texture même des nodules. Ce sont le plus souvent des myomes qui se rencontrent chez les femmes enceintes, car, si nous l'avons dit ailleurs, celles qui les portent sont souvent des primipares d'âge mûr, elles sont cependant des fibromateuses jeunes. La tumeur a donc, la plupart du temps, une structure histologique semblable à celle du myomètre, dont nous savons qu'il subit au cours de la grossesse un allongement, une multiplication, une striation de ses fibres lisses qui se préparent insensiblement à la contraction brusque, selon les lois de ROBIN, de KOLLIKER et de RANVIER.

Les fibres lisses du myome vont donc partager ces modifications et bénéficier, elles aussi, d'une hypertrophie et d'une hyperplasie gravidique auxquelles elles ne peuvent se soustraire. Et de même, dans les suites de couches, elles s'atrophieront comme celles de l'utérus lui-même.

Cette particularité histologique va expliquer la raison de l'inégalité des tumeurs dans l'hypertrophie. Les myomes interstitiels sont ceux qui s'accroissent au maximum, car ils partagent dans leur intégrité les modifications du muscle utérin dont ils font partie. Les myomes sous-séreux ont, semble-t-il, une moindre tendance à l'augmentation de volume et leur accroissement est en rapport avec l'importance des connexions vasculaires qui le rattachent à l'utérus.

Si nous reprenons une classification basée sur une topographie plus obstétricale, tout ceci nous fait pressentir encore comment l'hypertrophie gravidique atteint, en premier lieu, les tumeurs du corps utérin alors que celles du col, organe inerte et siège d'une simple imbibition, accroissent fort peu leur volume.

Le professeur PUECH a précisé, dans son intéressant mémoire (In Mémoire et Leçons d'Obstétrique, 1905), que si les myomes sont les tumeurs qui subissent, au plus haut degré, l'hypertrophie gravidique, les fibro-myomes s'accroissent dans de moindres proportions tandis que les fibromes purs enfin ne s'amplifient point ou s'amplifient fort peu, puisque la prolifération du tissu conjonctif ne paraît guère sensible au cours de la grossesse.

Considérations thérapeutiques : l'hypertrophie gravidique des fibromes ne constitue que bien rarement une raison d'intervenir chirurgicalement au cours de la grossesse. Si les indications surgissent, c'est que la tumeur, ayant atteint un volume considérable, provoque par sa masse des accidents de compression, accidents divers qui seront, dans la suite, l'objet d'une étude plus approfondie.

Dans certains cas, fort rares, il est vrai, l'accroissement de volume des noyaux myomateux est tellement rapide qu'il peut faire naître l'inquiétude et forcer la main. C'est cette surprenante rapidité que Pozzi appelait « la forme galopante » des fibromes; et l'on méconnaît, semble-t-il, les raisons exactes d'une telle exhubérance.

B) Modification statique : Le déplacement des fibromes

Au cours de la grossesse, les myomes voient généralement leur situation se modifier. Ils se déplacent, et ce déplacement est le plus souvent dans le même sens que celui de l'utérus dont ils font partie. A mesure que l'augmentation utérine se poursuit, que l'utérus de pelvien devient abdominal, il est tout naturel que les accidents de surface qu'il comporte le suivent dans son ascension.

Les tumeurs qui subissent l'ascension la plus précoce, la plus marquée, sont tout d'abord les fibromes interstitiels du corps utérin et mieux encore ceux qui siègent au niveau des parois antérieures et latérales. Les myomes sous-séreux à pédicule court subissent également une ascension dont la facilité varie en raison inverse de la laxité de leur implantation. Quant aux tumeurs isthmiques, leur ascension est plus tardive, contemporaine de la formation du segment inférieur. Et ceci nous explique comment l'on peut avoir, en fin de grossesse, l'heureuse surprise de constater l'ascension d'un fibrome et de voir s'évanouir ainsi une dystocie qui paraissait certaine.

Dans quelques cas, pourtant, le déplacement d'un fibrome peut se faire en sens inverse, vers le bas. Il s'agit très généralement alors de tumeurs sous-péritonéales à long pédicule, pédicule auquel l'imbibition gravidique confère une laxité considérable et la masse tombe vers les parties déclives dès les premiers mois de la grossesse. L'expérience nous apprend néanmoins que ces fibromes peuvent encore remonter, soit en fin de gestation, soit au cours du travail, si toutefois le point d'implantation de la tumeur est assez élevé ou si le pédicule est assez court pour permettre au mouvement ascensionnel de l'utérus de se transmettre à la tumeur en tirant sur son attache.

Mais de cette lutte, entre une puissance utérine qui tire vers le haut et une masse fibreuse qui lui résiste, la puissance est parfois vaincue. Tel est le cas, heureusement fort rare, de gros

fibromes ou de fibromes adhérents qui entraînent à leur suite l'utérus gravide, le basculent dans le Douglas et réalisent ainsi son incarceration.

Considérations thérapeutiques : Les indications opératoires tirées du déplacement des fibromes sont infiniment rares au cours de la grossesse. Elles nous semblent devoir être strictement limitées au cas de rétro-position de l'utérus gravide, fixé par un fibrome dont nous avons précédemment parlé.

La myomectomie ne saurait être légitimée par l'existence d'un tumeur prævia, dont on ne sait jamais, en effet, et cela jusqu'au moment du travail, si son ascension ne se produira pas. Il convient donc d'attendre avec patience et de poursuivre l'expectative armée jusqu'à ce que la nature nous ait donné la preuve de son impuissance à lever la dystocie.

2° MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES DES FIBROMES AU COURS DE LA GROSSESSE

L'étude des modifications pathologiques subies par les fibromes au cours de la gestation nous amène à conserver une classification identique à la précédente. Ces modifications sont en effet de deux ordres : les unes histo-pathologiques concernent la texture de la tumeur, les autres par contre sont uniquement mécaniques, statiques dirons-nous. Mais qu'elle qu'en soit la variété, nous pénétrons ici dans le domaine des complications sérieuses dont le retentissement thérapeutique est d'importance majeure.

A) Modifications histo-pathologiques

Parmi ces modifications, il en est une qui, par sa fréquence, revêt une importance de premier plan : c'est le ramollissement

et la nécrobiose aseptique. L'autre, par contre, est infiniment rare, c'est le sphacèle.

a) Le ramollissement des fibromes La nécrobiose aseptique

Nous nous excusons d'adopter ici une attitude un peu indépendante et peu classique, en considérant en bloc, en confondant dans une même étude deux modifications qui passent pour n'avoir, semble-t-il, aucun lien de parenté.

Le ramollissement, d'après les idées en cours, appartient au domaine de la physiologie. Le myome bénéficie de l'imbibition gravidique au même titre que l'utérus lui-même; il est infiltré d'œdème, atteint par l'hydrémie qui est la conséquence de la vascularisation plus intense qui accompagne l'état de gestation.

L'orthodoxie nous enseigne que la nécrobiose aseptique est, au contraire, une modification pathologique qui nous fut révélée par CORNIL, modification distincte, par son essence même, de l'imbibition normale dont les fibromes sont le siège.

Loin de nous la pensée de nier l'existence du ramollissement des myomes par l'imbibition, mais il nous semble difficile et contraire à la vérité de le séparer avec autant de netteté de la nécrobiose. Nous pensons que ces deux ordres de modifications sont si voisins l'un de l'autre, qu'il est cliniquement impossible de fixer avec précision les limites de chacun d'eux. Ramollissement et nécrobiose nous semblent se confondre souvent et s'intégrer à tel point, qu'il n'est guère possible de dire où finit l'un et où commence l'autre.

Depuis la description de CORNIL, la nature des lésions a été successivement précisée par TARNIER, PIQUAND et LEMELAND, BLAND-SUTTON, BEGOUIN, CHAVANNAZ, LEROUX, BRINDEAU. Les lésions macroscopiques des fibromes de l'utérus gravide revêtent des aspects variables :

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la mollesse de la tumeur. Celle-ci peut-être pâteuse, entièrement ramollie dans sa masse, mais peut donner parfois l'impression d'un ramollissement

profond, d'un tissu diffluent sous tension entouré d'une coque souple. Si l'on incise la tumeur elle présente à la coupe des images diverses : sa couleur peut être blanc nacré, sans modifications apparemment sensibles; elle peut être jaune, chamois, rouge-brique, rouge-vineux, etc., revêtant alors un aspect caractéristique décrit par les auteurs anglais sous le nom de « dégénérescence rouge ». La tumeur peut être homogène, simplement succulente, soit au contraire creusée de géodes ou d'une véritable caverne renfermant une bouillie rougeâtre.

Au point de vue microscopique, les lésions du fibrome sont également caractéristiques et nous emprunterons au professeur BRINDEAU les éléments de leurs description :

Alors qu'en dehors de la grossesse le fibrome présente un tissu musculaire serré, un noyau petit, un tissu conjonctif dense, la tumeur extirpée sur l'utérus gravide présente un aspect inverse : les fibres musculaires en sont volumineuses, hypertrophiées, leurs noyaux sont gros et granuleux, leur protoplasme prend fortement les colorants, le tissu conjonctif, plus ou moins abondant, qui les sépare est lâche, œdémateux. Et ce sont là, sans doute, les simples images de l'hypertrophie et du ramollissement gravidique.

Mais en certains points des coupes, d'autres modifications histologiques viennent se superposer aux précédentes : certaines fibres musculaires se colorent mal, leurs noyaux sont pâles, parfois vésiculeux et tranchent nettement sur l'ensemble de la préparation. A un degré plus prononcé ces fibres deviennent méconnaissables, elles ont fait place à un tissu d'aspect fasciculé, dans lequel on retrouve quelques points granuleux, vestiges des noyaux. Les vaisseaux sont altérés, leur paroi est en voie de nécrose, et l'on aperçoit dans le voisinage des zones dégénérées, des points de congestion intense, soit même des hémorragies inter-fasciculaires qui dissocient les éléments musculaires altérés.

De telles lésions appartiennent à la nécrobiose aseptique, mais ainsi qu'on le voit, s'intriquent sur les mêmes coupes et sur les mêmes tumeurs, avec l'infiltration œdémateuse banale

du ramollissement, à tel point que leur confusion en une seule et même étude nous semble pleinement justifiée.

La nécrobiose des fibromes est d'une extrême fréquence au cours de la grossesse et nous demeurons persuadés que si l'on pratiquait systématiquement des coupes de toutes les tumeurs extirpées durant la gestation, très rares seraient celles où l'on ne découvrirait pas quelques points dégénérés. « Je crois, écrit le professeur BRINDEAU, que presque tous les fibromes extirpés pendant la grossesse présentent cette altération ».

Les fréquences de cette dégénérescence sont imputables aux troubles circulatoires qui sont la rançon de l'hypertrophie de la tumeur. Celle-ci s'étrangle dans sa capsule qu'elle dissocie, les vaisseaux sont comprimés, oblitérés parfois et la mortification des tissus s'ensuit. Les vaisseaux eux-mêmes sont détruits et leur nécrose donne lieu aux suffusions hémorragiques microscopiques précédemment décrites, parfois mêmes à des hémorragies interstitielles importantes dont BIDOLI (de Bolzano) a rapporté une intéressante observation au Congrès de BARI en 1923.

Il serait même possible, d'après KEIFFER, de voir la tumeur se libérer par glissement à l'intérieur de la capsule et interrompre ainsi sa nutrition. Et de fait, à l'ouverture de cette capsule, certains fibromes gravidiques paraissent avoir tendance à l'énucléation spontanée.

Considérations thérapeutiques : La nécrobiose est-elle une complication susceptible d'imposer, au cours de la grossesse, une intervention chirurgicale d'urgence ? Cette opinion paraît prévaloir et réunir la majorité des suffrages. Il nous semble pourtant difficile de l'accepter sans discussion.

Une nécrobiose sérieuse, avancée, donne parfois lieu à des signes cliniques importants dont il faut suivre l'évolution avec une vigilante attention : la tumeur augmente rapidement de volume cependant qu'elle se ramollit de plus en plus. Elle devient sensible au palper, puis spontanément douloureuse. Le péritoine souffre et réagit; quelques vomissements apparaissent, des crises de sub-occlusion paralytique se manifestent. La

malade a un peu de fièvre de résorption et son état général s'altère. Tels sont les signes, d'abord insidieux, puis de plus en plus sérieux, par lesquels peut se révéler la nécrobiose aseptique. Ils peuvent être, par leur intensité, une raison formelle d'intervenir par myomectomie au cours de la grossesse.

Etant donnée la fréquence considérable de la nécrobiose aseptique des fibromes de l'utérus gravide, il faut donc d'abord admettre que les lésions, souvent discrètes, ne s'extériorisent pas, ou ne donnent lieu qu'à des manifestations bénignes et sans importance. Tel fibrome s'accroît, se ramollit, si bien que les sensations qu'il donne peuvent être « inversées », car il a l'air kystique, il est un peu sensible à la pression, mais la grossesse se poursuit jusqu'à terme sans incident. Et pourtant si, lors du travail, on est conduit à extirper la tumeur après césarienne, on s'aperçoit qu'elle présente des lésions microscopiques de nécrobiose.

LEROUX a d'ailleurs insisté sur le silence fréquent de la dégénérescence aseptique : « Il semble, écrit-il, que bien des cas passent inaperçus, soit par erreur de diagnostic, soit du fait de la bénignité et de la fugacité des accidents cliniques, ou même de leur absence ». BARTHÉLEMY, dans sa thèse, exprime la même pensée en écrivant : « Il est fort possible que beaucoup de cas où les accidents ont été discrets et n'ont pas obligé à intervenir immédiatement n'aient pas été publiés ». A l'appui de cette affirmation, il cite les observations de CHARRIER, PERY, LESAGE, TURNER, THORN, ANDERODIAS et LOUBAT, BRINDEAU et LANTUÉJOUL où la gestation ayant atteint le terme, le fibrome alors enlevé a donné la preuve histologique de sa nécrobiose.

Plus récemment encore, SUREAU et JOB, ANDERODIAS et MAHON ont publié deux cas de nécrobiose complète ayant évolué sans signes cliniques. Il nous a été donné d'observer un fait à peu près analogue dont nous résumerons l'histoire à la fin de ce travail.

MAHON, dans un mémoire très documenté (Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, n° 12, 1934), est d'avis que si

la nécrobiose est une complication extrêmement fréquente des fibromes de la grossesse, elle est bénigne dans la très grande majorité des cas. Il n'a jamais vu, dit-il, de manifestations graves et suffisantes pour armer la main du chirurgien, le repos et la glace ont toujours amené une amélioration telle que les grossesses ont pu sans dommage évoluer jusqu'à terme. Et, dit l'auteur, dans un autre travail (Bordeaux Chirurgical, janvier 1933) : « La nécrobiose abandonnée à elle-même n'a tué vraisemblablement pas plus de femmes et certainement moins d'enfants que la myomectomie ».

Nous pouvons donc conclure, semble-t-il, que si la myomectomie trouve parfois ses indications formelles dans certaines manifestations aiguës de la nécrobiose aseptique, celle-ci demeure le plus souvent un accident bénin, sans importance majeure, insuffisant, en tout cas, pour imposer une solution chirurgicale systématique. De nombreux fibromes se modifient en silence ou avec une telle indigence de signes cliniques que la vérité nous échappe et pourra n'être qu'une trouvaille fortuite post-opératoire.

b) Le sphacèle

Si la nécrobiose aseptique est une modification histo-pathologique d'une fréquence extrême, le sphacèle et la suppuration des fibromes sont d'une très grande rareté au cours de la grossesse. Ils se rencontrent plutôt dans les suites de couches, où la tumeur se laisse plus facilement gagner par une infection venue de l'endomètre.

Un fibrome peut s'infecter soit à la faveur d'une infection générale, par voie sanguine, soit par voie lymphatique ou infection de voisinage. Et, de fait, les germes pathogènes lui viennent fréquemment de l'intestin. Ces germes trouveront un terrain de prédilection au niveau de ces tumeurs molles, mal vascularisées et souvent atteintes par la fonte nécrobiotique dont nous avons décrit les caractères.

Contrairement à la nécrobiose, le sphacèle est une complication d'une constante gravité. Il se traduit aussi par des phénomènes douloureux, mais surtout par des symptômes généraux très accusés : température élevée à grandes oscillations, altération rapide de l'état de la malade, réaction péritonéale vive, péritonite parfois.

Considérations thérapeutiques : Il va de soi que le sphacèle est une indication formelle à opérer d'urgence, car la vie de la malade est en jeu. Mais ici la myomectomie ne sera guère possible, ni prudente; elle devra céder le pas à une intervention mutilatrice, toujours affligeante au cours de la grossesse, mais aussi plus sûre.

B) Modifications statiques

Le fibrome, qui s'accroît au cours de la **grossesse**, peut être soit l'origine, soit le siège de troubles mécaniques : troubles de compression, incarceration de l'utérus gravide, torsion.

a) Compression

Les troubles divers de compression qui peuvent apparaître pendant la gestation sont très généralement l'apanage de gros fibromes, seuls susceptibles, semble-t-il, de causer quelques dommages aux organes qui les environnent. Les compressions produites sont diverses ; elles sont en relation avec la topographie de la tumeur elle-même.

Les fibromes du corps utérin, s'ils se développent sur le fond de l'organe, peuvent entraver par leur masse le jeu normal du diaphragme. Une gêne respiratoire, une sensation d'oppression peuvent s'ensuivre, au cours du dernier trimestre surtout, lorsque le volume atteint par l'utérus lui-même est déjà considérable. Ces troubles dyspnéiques apparaissent dans certains cas de façon précoce, alors qu'il n'est guère possible à cette époque d'incriminer une action mécanique. VARNIER, en effet, a rapporté à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédi-

trie de Paris, en 1901, l'observation d'une malade qui présentait une gêne respiratoire marquée dès les premiers mois de sa grossesse, tandis qu'une amélioration très nette se manifestait en fin de gestation alors que son fibrome avait considérablement grossi.

Aux gros fibromes du corps utérin appartiennent encore les compressions du grêle ou du gros intestin, qui sont l'origine d'occlusions insidieuses et progressives plus souvent que d'occlusions aiguës. Il pourra être quelquefois difficile de préciser leur diagnostic et de les différencier de l'iléus paralytique, conséquence de la réaction péritonéale dont s'accompagne la nécrobiose aseptique.

Les volumineuses tumeurs des faces latérales de l'utérus, celles du ligament large, peuvent comprimer les uretères. Elles peuvent être par conséquent l'origine de complications sérieuses parmi lesquelles il est classique de citer l'anurie, l'urionéphrose et la pyonéphrose.

Mais les troubles compressifs les plus fréquemment observés sont ceux des organes pelviens sur lesquels viennent s'appliquer les fibromes pédiculés du corps et du segment inférieur prolabés dans le petit bassin. Il faut cependant admettre que la tendance ascensionnelle des fibromes au cours de la grossesse en diminue singulièrement le risque.

Les fibromes pelviens peuvent néanmoins comprimer le rectum et produire une constipation opiniâtre et rebelle, l'urètre, et provoquer une rétention d'urine plus ou moins complète ainsi qu'une infection vésicale dont FLEURENT nous dit qu'elle peut aller jusqu'à la cystite gangréneuse. Ils sont enfin l'origine de compressions du plexus sacré, se manifestant par des douleurs à topographie lombaire, péritonéale, irradiées dans les membres inférieurs, ou de compressions veineuses génératrices de varices et d'œdème.

Considérations thérapeutiques : Dans son rapport au Congrès de Chirurgie, en 1924, LABEY écrivait au sujet des phénomènes de compression produits par des fibromes : « Ces accidents sont

très graves pour la mère et constituent une indication formelle à l'opération. »

Tous les accidents ne comportent pourtant pas un même pronostic et il importe, semble-t-il, de les classer par ordre de gravité. Certains d'entre eux constituent assurément un danger, à tel point sérieux qu'il convient d'opérer sans tarder : ce sont les phénomènes occlusifs et complications urinaires résultant d'une compression des uretères et de l'urètre. La compression du rectum, celle des vaisseaux et des nerfs, ne produit que des troubles moins sévères qui permettent de temporiser et ne sont pas justiciables, en tout cas, d'une myomectomie d'urgence.

b) Incarcération de l'utérus gravide

Il est relativement fréquent de rencontrer, au cours du premier trimestre d'une grossesse développée dans un utérus sain, une rétroflexion marquée. Celle-ci peut d'ailleurs exister avant toute gravidité, soit être produite ou s'exagérer grâce au ramollissement précoce de l'isthme. Ce ramollissement, dont le signe de HÉGAR nous démontre l'importance en même temps que l'intérêt diagnostique, produit à l'union du col et du corps utérin une véritable charnière, faite d'un tissu sans consistance sur lequel l'utérus pourra se couder selon un angle plus ou moins aigu. Mais une telle rétroflexion, le plus souvent mobile, se corrige spontanément vers la fin du troisième mois de la grossesse, et l'utérus gravide se redresse peu à peu à la manière d'une vessie que l'on gonfle.

Il en va tout autrement si l'organe est fixé dans une attitude vicieuse par une tumeur fibreuse. Les tumeurs qui s'opposent au redressement de l'utérus gravide sont des tumeurs corporéales : fibromes du fond qui basculent l'utérus au-dessous du promontoire comme dans l'observation de VARNIER et DELBET (*Annales de Gynécologie*, 1897), fibromes pédiculés de la face postérieure enclavés dans la concavité sacrée, soit même, fibromes de la face antérieure qui refoulent l'utérus gravide dans l'excavation, comme dans l'observation de THOMSON ou dans celle plus récente

de PORTES et LEPAGE (Bulletin de la Société Obstétrique et Gynécologie, 1938).

Si l'utérus gravide, rétrofléchi et maintenu sous le promontoire ne peut se redresser ou ne peut être redressé, il s'incarcère et deux éventualités peuvent s'ensuivre :

Au cours du quatrième mois, le développement de l'utérus gravide va se trouver compromis. En serré dans un habitacle trop étroit, l'organe s'étrangle littéralement dans l'excavation. L'œuf va mourir et l'interruption de la grossesse, d'ailleurs souvent laborieuse et compliquée, sera l'aboutissant de la dystocie.

Parfois cependant la gestation peut continuer son évolution jusqu'à une époque plus ou moins voisine du terme, grâce à la distension de la paroi antérieure du segment inférieur. Celui-ci va faire exclusivement les frais de l'amplication utérine et se laisser à tel point étirer que sa minceur peut atteindre celle d'une feuille de papier (BRINDEAU).

Cette éventualité si particulière, que les classiques désignent sous le nom de « rétroversion partielle de l'utérus gravide », est extrêmement rare. (Si on ne la confond pas, ainsi que l'ont fait de nombreux auteurs, avec la dilatation sacciforme du segment inférieur). Dans une leçon du jeudi soir à la Clinique Tarnier, VAUDESCAL écrivait, en 1925, qu'il n'existe guère, dans la littérature obstétricale, qu'une vingtaine de cas authentiques de rétroversion partielle depuis l'observation princeps de VARNIER et DELBET. Au cours de ces dernières années, aucune observation nouvelle n'est venue, à notre connaissance, en accroître le nombre puisque celles de MULLER (Gynécologie-Obstétrique 1931) ont trait à des dilatations sacciformes dans des utérus fibromateux et que celle de PORTES et LEPAGE concerne une rétroversion par fibrome avec une grossesse au troisième mois.

La rétroversion partielle de l'utérus gravide atteint très rarement le terme sans incident. Des phénomènes de compression surviennent, qui peuvent intéresser le rectum, le plexus sacré ou les vaisseaux. Mais ce sont les troubles urinaires qui prédo-

minent, à tel point, que PINARD et VARNIER ont pu dire « que l'utérus n'est rien mais que la vessie est tout ». L'étirement de l'urètre produit l'obturation de sa lumière d'où il s'ensuit une rétention d'urine que peut masquer une incontinence par regorgement, rétention à tel point considérable que l'on trouve à l'intervention une vessie qui peut atteindre l'ombilic. A cette rétention peuvent succéder, dans les cas extrêmes, des phénomènes de cystite purulente ou gangréneuse.

Considérations thérapeutiques : L'incarcération de l'utérus gravide et la rétroversion partielle qui peut lui succéder ne sauraient être abandonnées à elles-mêmes sous peine de risques graves, tant pour la malade que pour sa grossesse. Il est classique de conseiller au cours du quatrième mois une tentative prudente de réduction manuelle. Exécutée avec douceur, au besoin sous narcose, elle consiste à refouler l'utérus en direction de la symphyse sacro-iliaque pour éviter le promontoire. Mais gardons-nous d'insister, de malaxer imprudemment l'utérus gravide, et toute manœuvre de force doit être rigoureusement exclue.

Si nous recherchons quelle est la leçon à tirer des faits anciens, colligés à l'époque où les manœuvres obstétricales étaient très en honneur pour réduire l'incarcération de l'utérus gravide, il faut convenir que les résultats ne sont guère encourageants. Sur 14 observations (13 réunies par PESTALOZZA, 1 de DUHRSEN), si l'on excepte 2 réductions spontanées, les manœuvres ont réussi 7 fois, mais on note 5 échecs. Trois d'entre eux furent suivis d'avortements thérapeutiques dont deux malades moururent. Il est vrai que les temps sont révolus où l'avortement provoqué avait sa place dans le traitement de l'incarcération de l'utérus gravide.

Bien rares sont les succès de la reposition manuelle et il y a peu d'espoir de réduire ainsi un utérus fixé par son fibrome ou par des adhérences inflammatoires anciennes. C'est donc aux solutions chirurgicales que nous devons avoir recours et la myomectomie trouve ici des indications formelles. L'utérus sera

redressé, le myome énucléé. Mais il serait illusoire, pensons-nous avec les classiques, de vouloir consolider le résultat opératoire par une ligamento-pexie dont la laxité ligamentaire doit, en cours de gestation, considérablement diminuer les effets. Notons cependant au passage que PORTES et LEPAGE ont pratiqué cette intervention après myomectomie, sur un utérus rétroversé à trois mois de grossesse et s'en montrent résolument partisans.

c) Torsion

La torsion des fibromyomes est une complication grave sans doute, mais dont l'éventualité est heureusement exceptionnelle. Dans une statistique rapportée par TIXIER au 33^e Congrès Français de Chirurgie, en 1924, il n'est fait mention que de 63 cas de torsion sur un total de 7.392 fibromes opérés. Ces chiffres concernent, il est vrai, des tumeurs implantées sur des utérus non gravidés. Si l'on admet que l'imbibition gravidique est susceptible d'accroître la fréquence de la torsion, il n'en demeure pas moins certain que celle-ci est une complication rare au cours de la grossesse, puisque BLANCHARD, en 1907, n'en avait trouvé que 9 cas dans la littérature.

La torsion peut se faire de deux façons : elle peut soit intéresser isolément un fibrome pédiculé ou sessile, soit encore atteindre l'utérus fibromateux tout entier qui vrille sur son isthme ramolli, réalisant ainsi la « torsion axiale de l'utérus gravide ».

La torsion des fibromes sur leur pédicule est rare, puisque sa fréquence n'excéderait pas, d'après les classiques, 15 % des cas. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ce ne sont pas les fibromes largement pédiculés, et partant les plus mobiles, qui sont les plus exposés à la torsion, mais ce sont surtout les fibromes sessiles. BRINDEAU (Presse Médicale n° 34, 1923) écrit à ce sujet : « Ce ne sont pas les fibromes dont le pédicule est le plus long qui se tordent le plus facilement, ce sont, au contraire, les fibromes sessiles ayant une insertion large comme une pièce de 5 francs, car cette insertion est très molle ».

Mais ce sont avant tout les tumeurs volumineuses qui sont le siège de cette complication, celles du fond de l'utérus, à développement abdominal. Cette torsion isolée serait déterminée, croit-on, par des conditions diverses tenant à l'accroissement du fibrome, à l'action des tumeurs de voisinage, à celle d'un sigmoïde que distend la coprostase. Elle serait enfin relativement tardive, contemporaine du deuxième trimestre de la gestation.

Plus fréquente est la torsion axiale de l'utérus gravide. Survenant, au contraire, de façon plus précoce, vers deux ou trois mois de grossesse, elle atteint surtout les utérus porteurs de gros fibromes, gros comme les deux poings ou comme une tête fœtale, dit BRINDEAU, implantés sur les bords et qui, par leur masse, déséquilibrent l'utérus en le rendant asymétrique.

La rotation sur l'isthme se fait de gauche à droite dans la très grande majorité des cas, ainsi que l'indique une statistique de LEMELAND qui a trouvé 13 torsions de ce sens contre 2 seulement de sens opposé. Les classiques ne semblent pas avoir recherché l'explication de cette prédilection. Elle nous paraît cependant facile à donner puisqu'elle n'est, à tout prendre, que l'exagération pathologique de la dextro-torsion physiologique dont l'utérus gravide est toujours le siège.

La torsion, qu'elle intéresse un fibrome isolé ou que l'utérus tout entier en soit le siège, peut cliniquement se manifester de façon différente selon qu'elle est subite et brusque, ou qu'elle est, au contraire, lente et progressive.

Dans la première de ces deux éventualités, c'est le « drame abdominal » aigü qui survient en pleine santé chez une gestante dont on connaît ou méconnaît la tumeur. Il se produit une douleur abdominale violente, soudaine, qui s'accompagne d'une réaction péritonéale avec vomissements, contracture de la paroi, pouls petit et rapide, cependant que la température demeure au voisinage de la normale.

Moins bruyante et plus insidieuse est, au contraire, la torsion lente. Elle se manifeste simplement par une sensibilité plus ou moins vive de la tumeur, surtout à la pression, en même temps que le fibrome augmente de volume, se ramollit et devient moins

mobile. Nous reconnaissons ici dans la sensibilité, l'hypertrophie et le ramollissement, les signes essentiels de la nécrobiose aseptique.

Pour les fibromes qui ont lentement tordu leur pédicule, c'est par la nécrobiose, en effet, que se révèle le plus souvent la torsion puisque la striation vasculaire qui en est la conséquence entraîne fatalement des lésions dégénératrices de la tumeur, lésions secondaires dont l'intensité et la rapidité sont en rapport avec le degré même de l'ischémie.

Considérations thérapeutiques : La torsion du fibrome de l'utérus gravide, qu'elle intéresse une tumeur isolée ou qu'il s'agisse de torsion axiale, est une éventualité d'une exceptionnelle gravité qui implique, dès le diagnostic posé, la nécessité inéluctable d'une intervention chirurgicale d'urgence.

Les torsions aiguës notamment, qui déclenchent ce « drame abdominal » particulièrement grave, dont nous avons précédemment schématisé les symptômes, vouent à une mort certaine les malades non opérés. Le diagnostic exact ne sera pas toujours fait : l'apparition d'une douleur subite qui s'accompagne de réaction péritonéale, coexistant avec une tumeur molle, pseudo-fluctuante parfois, peut en imposer pour un kyste de l'ovaire tordu. Cette erreur est fréquente et bien des auteurs l'ont commise (BAILLAT et RASCOLL, Bulletin Société Obstétrique et Gynécologie, 1929 ; VAYSSIERE, Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille, décembre 1932), mais elle est sans importance puisqu'elle impose également l'intervention d'urgence.

Les torsions lentes ne comportent pas des indications aussi pressantes. Leur existence est le plus souvent inconnue, car les signes n'en sont pas bruyants. Ce sont plutôt les conséquences nécrobiotiques de la torsion plutôt que la torsion elle-même, qui vont ici poser les indications opératoires. Mais elles y conduiront à peu près fatalement à plus ou moins brève échéance.

Qu'elle que soit, par conséquent, la forme clinique de la torsion, qu'elle soit aiguë et bruyante ou lente et insidieuse, il s'agit d'une éventualité qui justifie, tôt ou tard, un traitement chirur-

gical. Elle paraît être, écrit BAUDOT dans sa thèse (Nancy, 1929), la complication pour laquelle on intervient le plus souvent sur les fibromes au cours de la grossesse. A l'appui de cette opinion, l'auteur produit une statistique de 54 myomectomies parmi lesquelles il en est 11 qui furent justifiées par des phénomènes de torsion.

Nous partageons entièrement, en ce qui nous concerne, cette façon de penser puisque la torsion est une des complications les plus graves qui puissent surgir dans les cas de fibromes de l'utérus gravide.

3. — LES INDICATIONS OPÉRATOIRES AU COURS DE LA GROSSESSE

Nous avons, dans les premières pages de ce travail, mis en parallèle les risques que fait courir à la grossesse l'existence d'un fibrome avec ceux que la myomectomie est capable de lui susciter, et nous avons déduit de cette étude que l'intervention chirurgicale systématique ne saurait être justifiée. Il est nécessaire, pensons-nous, de revenir sur cette importante question et d'insister à nouveau sur les arguments qui militent en faveur de cette opinion.

Les complications qui peuvent survenir au cours de la grossesse, complications dont nous venons d'étudier les symptômes et les incidences thérapeutiques, sont d'une très grande rareté. Pour n'en citer qu'une seule, la statistique de LEVANT, portant sur les observations de la Clinique Baudelocque de 1921 à 1923, ne comporte que 9 interventions sur 76 cas de fibrome, « ce qui montre, dit son auteur, qu'en moyenne 91 % des cas de gestation compliquée de fibrome se terminent sans opération chirurgicale ».

Dans son remarquable rapport au Congrès de Bruxelles, en 1929, le professeur BRINDEAU, après avoir démontré, chiffres à

l'appui, l'inocuité de la myomectomie et signalé qu'elle peut être pratiquée plus souvent qu'on ne le croit, insiste sur la modération avec laquelle il convient néanmoins d'en poser les indications. Ces indications sont rares, dit-il, et, pour opérer il faut toujours attendre de les voir surgir.

C'est à cette prudente opinion que paraît actuellement se rallier la très grande majorité des accoucheurs. Dans une très intéressante leçon faite à la Clinique Tarnier, en 1929, LANTUÉ-JOUL insiste sur la réserve avec laquelle les indications opératoires doivent être posées. Certes, dit-il, les femmes enceintes et leur grossesse s'accommodent souvent fort bien des interventions abdominales, mais celles-ci comportent néanmoins des risques appréciables, aussi réduits soient-ils. Un utérus gravide myomectomisé est un utérus « douteux » dont on ne sait jamais comment il va se comporter lors du travail : les contractions utérines seront-elles bonnes ? Est-on certain de ne point voir surgir quelque dystocie fonctionnelle (mauvaise qualité des contractions, dilatation désespérante) pouvant obliger à une nouvelle intervention par voie haute ? Pour l'enfant, le risque opératoire n'en est pas moins évident. S'il est vrai que la majorité des grossesses poursuivent normalement leur cours après myomectomie, le danger de l'interruption est toujours menaçant. En outre, une opération conservatrice n'est pas toujours possible, et mieux vaut n'intervenir qu'à terme afin de ménager au maximum les intérêts vitaux du produit de conception. Et l'auteur de conclure que quelle que soit l'excellence du pronostic opératoire, il convient de réagir contre la tendance abusive qui consisterait à vouloir systématiquement opérer toutes les femmes enceintes qui présentent un fibrome.

Intervenir au cours de la grossesse, en dehors de toute complication, c'est s'exposer bien souvent à pratiquer une opération inutile et à courir un risque qui eut pu être évité. La seule crainte d'une dystocie, lors de l'accouchement, ne saurait constituer une indication suffisante.

Il n'est guère possible de prédire, en effet, si les conditions topographiques d'une tumeur prævia, reconnue dès les premiers

mois de la gestation, ne se modifieront pas au voisinage du terme.

Ne perdons jamais de vue que la tendance ascensionnelle des fibromes est souvent susceptible de lever, en temps opportun, un obstacle qui semblait devoir exclure toute possibilité de parturition normale.

De nombreux auteurs ont insisté sur les incertitudes de l'avenir en matière de fibromes, sur les surprises, heureuses ou désagréables, qu'ils peuvent ménager, et partant sur la nécessité d'établir le pronostic avec une prudente réserve. Le professeur BRINDEAU écrit en substance, dans son rapport au Congrès de Bruxelles : « Il est impossible de formuler un pronostic..., au point de vue de l'accouchement chez une femme enceinte porteuse de fibrome ».

De multiples observations ont été publiées qui justifient cette opinion : telle l'observation d'ANDERODIAS (Journal de Médecine de Bordeaux, mai 1919), et celles, bien démonstratives, rapportées par LANTUÉJOUL au Congrès de 1929 concernant deux malades, dont l'une qui présentait d'énormes fibromes, certains *prævia*, accoucha cependant fort bien avec une application de forceps à la vulve, tandis que l'autre dut être césarisée, après une épreuve du travail prolongée, pour un tout petit fibrome portérieur dont la taille n'atteignait pas la limite assignée par FARNIER à la création de la dystocie. Une autre observation non moins probante rapportée par le même auteur, est celle d'une expectante qui présente au cours des premiers mois de la gestation un fibrome *prævia* refoulant le col en avant et en haut. L'excavation se dégage progressivement, si bien qu'au septième mois, le fibrome est abdominal. Et la patiente accouche spontanément à terme de deux jumeaux, en dépit de sa tumeur que l'on retrouve dans les suites de couche immédiates : elle est de dimension d'un poing et s'insère sur la face postérieure du segment inférieur.

Sans doute pourrions-nous multiplier les exemples de cet ordre, mais il semble inutile de vouloir étayer davantage une

opinion que la sagesse approuve et que la majorité des accoucheurs partage.

Même lorsque surviennent certaines complications et que le pronostic paraît s'assombrir, soyons circonspects pour poser les indications opératoires.

En ce qui concerne la nécrobiose aseptique, éventualité à tel point fréquente qu'elle en perd de sa gravité, MAHON avance, nous l'avons vu, que les choses se passent souvent fort bien sans rien faire, souvent même mieux que si l'on intervient. Ne nous hâtons donc pas de prendre, en présence d'une telle éventualité, une décision qui n'est nullement urgente.

Les signes de compression eux-mêmes ne sont pas toujours une raison formelle d'opérer. Dans sa leçon à la Clinique Tarnier, à laquelle nous avons déjà fait des emprunts, LANTUÉJOL retrace l'histoire d'une primipare dont l'utérus portait deux très volumineux fibromes. A deux reprises elle présenta des signes d'occlusion suffisamment sérieux pour justifier son transfert dans une clinique en vue d'une intervention. Mais les symptômes rétrocedèrent après quelque temps d'observation, si bien que l'accouchement eut lieu normalement à terme d'un enfant de 3 kg. 500. Une double myomectomie fut pratiquée par la suite après le sevrage.

Intervenir avec trop de précipitation, c'est s'exposer à des mécomptes opératoires susceptibles de mettre le chirurgien dans un bien cruel embarras. Nous avons précédemment écrit qu'il n'est guère possible, la décision opératoire étant prise, de préciser au juste quel genre d'intervention pourra être exécuté. Myomectomie ou hystérectomie ? Ne craignons pas les redites sur un sujet d'une telle importance. Il en vaut, semble-t-il, la peine.

La myomectomie est, certes, la seule intervention logique au cours de la gestation puisqu'elle seule peut ménager à la fois la grossesse et l'avenir. Mais est-on absolument certain, sur la simple donnée des examens cliniques, de pouvoir la mener à bonne fin ?

Ne trouvera-t-on pas de multiples fibromes de la face posté-

rière de l'utérus que l'investigation la plus attentive ne pourrait découvrir ? Le cas s'est rencontré et TRILLAT (Bulletin Société Obst. et Gyn., 1929), en a rapporté un exemple très démonstratif. La première des deux observations inédites que nous publierons à la fin de ce travail et que le docteur BATLLE a bien voulu nous confier, a trait à une déconvenue du même genre : chez une primigeste à terme, l'opération césarienne, exécutée pour un volumineux fibrome prævia du segment inférieur, dut être suivie d'hystérectomie en raison de la présence sur la paroi postérieure de l'utérus de noyaux volumineux et sessiles, trop nombreux pour permettre une simple myomectomie. Mais il s'agissait heureusement ici d'une intervention à terme qui, si elle ne put ménager l'avenir en demeurant conservatrice, respecta tout au moins la vie de l'enfant.

C'est d'ailleurs une telle préoccupation qui inspire le professeur BRINDEAU lorsqu'il insiste, dans son rapport, sur les difficultés de la décision opératoire, qu'il ne faut prendre que sur la dictée de complications pressantes, car le choix entre la myomectomie et hystérectomie, ne peut être vraiment fait, dit-il, qu'à l'ouverture de l'abdomen.

Est-on certain, en outre, d'être toujours à l'abri d'un incident opératoire imprévu et de ne point avoir à faire face, au cours de myomectomie à une hémorragie, que le capitonnage le plus attentif ne peut arrêter ?

En bref, et pour clore un exposé déjà long, répétons que la prudence doit présider à toute décision chirurgicale en matière de fibrome. Et, si les événements nous contraignent à une opération mutilatrice, que nous n'avions pas voulue, qu'elle soit tout au moins justifiée par une complication sérieuse. La satisfaction d'avoir sauvé la vie de la mère. atténuera dans une certaine mesure le regret d'avoir dû sacrifier sa grossesse et son avenir obstétrical.

QUELLES SONT DONC LES COMPLICATIONS SUSCEPTIBLES DE DETERMINER UNE DECISION OPERATOIRE ?

Recherchons tout d'abord dans les statistiques à quel mobile ont obéi les chirurgiens lorsqu'ils ont posé, au cours d'une grossesse, les interventions d'une indication sanglante.

Dans sa thèse, qui réunit de très nombreuses observations, BAUDOT énumère les indications suivantes : on est intervenu 30 fois pour des douleurs vives et continues, 11 fois pour réactions péritonéales, 6 fois pour constipation et occlusion, 7 fois pour troubles urinaires, 3 fois pour élévation de température, 3 fois pour compression diaphragmatique, 3 fois pour hémorragies, 6 fois pour accroissement rapide de la tumeur, 11 fois pour torsion du pédicule, 2 fois pour torsion axiale de l'utérus gravide, 6 fois pour nécrobiose, 5 fois pour enclavement ; dans deux cas, enfin, il s'agissait d'un polype fibreux du col.

Une telle énumération ne nous satisfait pas en raison de sa complexité. Les symptômes si nombreux qu'elle comporte appartiennent vraisemblablement à des causes déterminantes identiques : les douleurs vives et continues qui ont décidé, dans 30 cas, du geste opératoire étaient-elles le fait de torsion, de nécrobiose ou de compression nerveuse ? Et inversement dans les cas de torsion et de nécrobiose, est-on intervenu sur l'indication d'un diagnostic nettement posé, diagnostic dont nous connaissons la difficulté, ou simplement parce que la malade souffrait ?

La seule conclusion que nous puissions néanmoins tirer de la nomenclature de BAUDOT est que les indications opératoires dominantes ont été la douleur et la réaction péritonéale.

Une telle conclusion se trouve confirmée par la statistique du référendum du professeur BRINDEAU, assurément plus simple et plus nette. Dans les 90 observations qu'elle comporte, on est intervenu : 62 fois pour des douleurs dont la cause principale s'est révélée être la nécrobiose aseptique, 35 fois pour des signes

de compressions diverses du rectum ou de la vessie, 4 fois pour torsion du pédicule de la tumeur, 3 fois pour retroversion enclavée ; dans 7 cas, le diagnostic était erroné (kyste de l'ovaire, grossesse ectopique) ; 3 fois enfin une opération césarienne de sécurité, suivie de myomectomie, fut pratiquée avant tout début de travail.

La plupart des auteurs qui ont publié sur la question des fibromes de l'utérus gravide ont énuméré les indications opératoires qui peuvent survenir en cours de gestation :

La nécessité d'une intervention s'impose, nous dit VIGNES, en cas de douleurs violentes ou d'accroissement rapide de la tumeur. Pour FRUHINSHOLTZ et HAMANT, ce sont les troubles de compression, les douleurs, l'allure galopante de la tumeur, sa dégénérescence qui constituent les indications majeures de la chirurgie. BAILLAT et RASCOLL conseillent d'opérer en cas de douleurs persistantes, d'avortements antérieurement répétés, ou si la situation du fibrome paraît incompatible avec un accouchement normal.

Le professeur BRINDEAU, enfin, est d'avis d'intervenir lorsque la grossesse se complique de douleurs vives s'accompagnant d'augmentation de volume de la tumeur, d'élévation thermique, de symptômes de nécrobiose aseptique, lorsque surviennent des troubles de compression, en cas d'hypertrophie rapide ou de rétro-version enclavée. Certains diagnostics difficiles qui hésitent entre le fibrome, le kyste et la grossesse ectopique doivent être précisés par la laparatomie, car le doute plaide en faveur de l'intervention chirurgicale.

Nous voudrions essayer d'apporter un peu d'ordre et de clarté dans la classification des indications opératoires que justifient parfois les fibromes de l'utérus gravide.

Il semble tout d'abord préférable et plus logique, pensons-nous, d'envisager non point les complications elles-mêmes, mais surtout les symptômes qui les révèlent. Ce sont eux, en effet, qui, par leur intensité, sont susceptibles d'imposer l'intervention chirurgicale, alors que la cause qui les fait apparaître demeure parfois incertaine. Un même signe clinique peut d'ailleurs

appartenir à des complications diverses, et c'est la gravité de ce signe, bien plus que la lésion qu'il traduit et dont la nature exacte peut nous échapper, qui emporte la décision.

Parmi les indications, il en est de « *formelles* ». Elles sont posées par des symptômes particulièrement sévères qui contraignent à une « *opération de nécessité* ». D'autres, au contraire, moins pressantes et dictées par des signes cliniques plus bénins, ne sont que des indications « *relatives* », néanmoins capables d'amener le chirurgien à pratiquer une « *opération de sécurité* ».

A) Indications formelles — Opération de nécessité

1° La douleur :

L'indication la plus fréquente, ainsi qu'en témoignent les statistiques, est la douleur. Disons qu'elle doit toujours être « *vive* » pour décider de l'intervention.

Cette douleur peut être brutale et violente d'emblée, s'accompagner de réaction péritonéale immédiate et d'un état général rapidement mauvais. Elle traduit, en ce cas, la torsion du fibrome ou de l'utérus gravide tout entier.

La douleur peut être inversement progressive, s'intensifier peu à peu, en même temps que la tumeur grossit, se ramollit et devient hypersensible au palper. L'état général décline lentement. Ce tableau fait penser à la nécrobiose aseptique qui évolue avec une plus ou moins grande rapidité, nécrobiose d'ailleurs conditionnée parfois par une torsion lente de la tumeur sur son point d'attache. L'apparition d'une fièvre à grandes oscillations et de réaction péritonéale permet de supposer l'existence d'un sphacèle dont nous connaissons la constante gravité.

2° Les signes de compressions :

Seuls constituent une indication formelle, les accidents d'occlusion ou de sub-occlusion qui traduisent la compression de l'intestin et ceux qui révèlent une striction des voies urinaires

qu'il s'agisse des uretères (anurie, uronéphrose, pyonéphrose) ou de l'urètre (rétention d'urine s'accompagnant de cystite plus ou moins grave).

3° *L'incarcération :*

Si, à 3 mois révolus de grossesse, l'utérus fibromateux demeure basculé dans l'excavation, il ne faut plus compter sur une réduction spontanée de la rétroversion. Une tentative prudente de reposition manuelle pourra être faite, au besoin sous narcose et sans trop insister. En cas d'échec, il est nécessaire d'opérer puisque l'abstention compromet à coup sûr l'avenir de la grossesse et souvent même celui de la gestante.

4° *L'hypertrophie galopante :*

Un fibrome dont on constate, pendant la grossesse, l'accroissement rapide, au cours d'examens successifs et rapprochés, est justiciable d'une exérèse chirurgicale. L'accélération de son accroissement l'apparente, nous dit-on, aux tumeurs malignes, et c'est à ce titre qu'il convient d'intervenir sans tarder.

5° *Les fibromes du col :*

Les fibromes du col, soit encore les rares polypes fibreux accouchés à l'orifice externe, doivent toujours être enlevés dès qu'ils sont reconnus. Nous savons, en effet, quelle menace constante ils sont pour la grossesse puisqu'ils peuvent à tout moment, véritable épine irritative, produire la mise en jeu de contractions utérines réflexes. Si leur volume est suffisant, nous savons qu'ils seront toujours l'occasion d'une dystocie lors de l'accouchement à moins qu'ils ne soient refoulés au devant de la présentation. Leur exérèse, d'autant plus simple qu'ils sont largement pédiculés, n'est que peu dangereuse pour l'évolution de la grossesse.

B) Indications relatives – Opération de sécurité

A côté de ces indications pressantes, il en est d'autres qui sont fournies par des symptômes dont la gravité est beaucoup moins démontrée. Ceux-ci sont la traduction de complications mineures où dont la forme discrète ne revêt aucun caractère d'urgence. La décision opératoire peut attendre et ne saurait succéder qu'à une observation attentive. Elle sera parfois déterminée, semble-t-il, autant par l'impatience ou les tendances du chirurgien que par l'importance des signes cliniques eux-mêmes.

1° La douleur :

Parmi ces indications relatives, nous retrouvons encore la douleur. Mais elle est ici atténuée ou très lentement progressive, et n'ayant en tout cas qu'une apparence de bénignité.

Il s'agira le plus souvent d'un fibrome qui augmente peu à peu de volume en même temps qu'il se ramollit et devient sensible. Et nous reconnaissons ici les signes par lesquels se manifeste, en général, la nécrobiose aseptique dont nous savons la fréquence extrême, mais dont nous avons dit aussi qu'elle n'est que bien rarement une raison d'intervenir.

La douleur peut traduire aussi une compression du plexus sacré. Elle est alors la manifestation isolée, plus ou moins vive et à topographie diverse, d'un fibrome prolabé dans le petit bassin.

2° Compression du rectum :

Les myomes à développement pelvien peuvent être également la cause d'une constipation opiniâtre et rebelle dont la gravité peut évidemment constituer une indication chirurgicale. Mais avec quelle réserve convient-il d'interpréter les faits, puisque l'atonie intestinale est de règle chez la femme enceinte. Seul le toucher rectal permettra de juger l'importance de la compression et l'opportunité de l'intervention.

3° *L'avortement habituel :*

Nous admettons volontiers, avec la majorité des auteurs, que l'existence d'avortements répétés dans les antécédents d'une femme enceinte atteinte de fibrome peut justifier une myomectomie dès le début de la grossesse. Mais cette décision ne sera prise qu'après avoir recherché avec le plus grand soin s'il n'existe pas, en même temps que le fibrome, une spécificité à coup sûr beaucoup plus abortive que lui.

4° *Les diagnostics douteux :*

Nous partageons également la prudente opinion d'après laquelle le doute est une raison d'intervenir chirurgicalement. Mieux vaut, en effet, faire courir à la grossesse le risque minime d'une laparatomie, que de passer, sans l'opérer, à côté d'une grossesse ectopique.

5° *Fibromes prævia et grossesse à terme :*

Nous abordons ici une intéressante question qui mérite de nous retenir plus longuement.

Lorsqu'une grossesse arrive à terme sans incident avec un fibrome demeuré prævia et d'un volume suffisant pour laisser craindre une dystocie, quelle ligne de conduite convient-il d'adopter ? Faut-il attendre l'épreuve du travail en laissant à la tumeur la possibilité d'ascensionner encore sous l'influence des contractions utérines ? Vaut-il mieux, au contraire, avoir recours à l'opération césarienne prophylactique, opération de sécurité après laquelle on interviendra séance tenance sur le fibrome lui-même ?

Nous connaissons évidemment les observations nombreuses, d'ailleurs anciennes pour la plupart, où la patience et l'expectative, vertus obstétricales au premier chef, ont été récompensés. Tels fibromes prævia qui paraissaient devoir entraîner une dystocie certaine, ont dégagé le détroit supérieur lors de la parturition et, contre toute attente, se sont révélés compatibles avec un accouchement normal. De tels faits sont indiscutables, mais

donnent-ils vraiment raison aux partisans de l'attente jusqu'au bout ?

L'attente prolongée trouvait autrefois sa justification dans l'insécurité de la chirurgie obstétricale. L'opération césarienne, que nous jugeons pourtant si simple aujourd'hui, n'était certes pas une opération de sécurité, mais un drame redoutable auquel n'importe quelle intervention par voie basse, fut-elle aveugle ou atypique, était bien préférable. Tous les accoucheurs, même les plus grands, avaient peur de la chirurgie et aimaient mieux attendre, en cas de fibrome prævia, que la Providence et la Nature viennent à leur secours en levant l'obstacle.

Cette craintive doctrine de l'abstention se révèle admirablement à la lecture de publications qui font époque. A la Société d'Obstétrique, en 1902 (In Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, p. 317), L. TISSIER exposant le cas d'une opération césarienne suivie d'hystérectomie pratiquée en fin de grossesse pour un volumineux fibrome prævia, se voyait reprocher sa précipitation par BOISSARD et MAYGRIER, étant donné que le travail est susceptible de faire subir au fibrome des « déplacements inattendus en sorte que l'accouchement peut devenir possible par les voies naturelles, alors que cette terminaison paraissait invraisemblable ». Seul, le professeur BAR prenait la défense de l'intervention précoce dont les résultats sont d'autant meilleurs, disait-il, qu'elle est pratiquée plus tôt.

Dans une discussion qui suivit, en 1908, une communication de GONNET et VORON (In Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, p. 290), ayant trait à deux accouchements spontanés avec fibrome du segment inférieur, dont l'un s'était aplati et l'autre avait ascensionné, PLANCHU insistait sur la nécessité d'une expectative prolongée au cours du travail. COMMANDEUR, après lui, soulignait l'impossibilité de faire un pronostic sur la gêne mécanique que peuvent apporter les fibromes bas situés au moment de l'accouchement et disait que les indications opératoires ne peuvent être vraiment posées que lors de la parturition.

Si l'ascension inespérée d'un fibrome, au cours du travail, est une éventualité toujours possible, elle est cependant loin

d'être constante. Les auteurs qui ont eu la chance de l'observer et se donnent raison d'avoir attendu, nous font penser à tel automobiliste imprudent qui, heureux d'avoir échappé à un accident, serait satisfait lui-même et se promettrait de recommencer.

Les tendances chirurgicales de l'obstétrique moderne et la sécurité plus grande du geste opératoire nous font préférer aujourd'hui une attitude plus interventionniste. Dans son rapport de 1929, le professeur BRINDEAU conseille, en cas de fibrome demeuré prævia en fin de gestation, d'avoir recours à la césarienne suivie de myomectomie, ou d'hystérectomie si l'opération conservatrice est impraticable ou paraît dangereuse. C'est un avis analogue que donne le professeur REEB (Bulletin de la Société d'Ostétriqye et Gynécologie, 1930, p. 97), lorsque la filière pelvienne demeure obstruée au terme de la grossesse.

C'est à cette opinion que nous nous rallions aussi de façon formelle.

Lorsqu'un fibrome prævia n'a pas débloqué la filière, en fin de gestation, nous ne saurions nier qu'il soit encore possible de voir se produire, pendant le travail, son ascension libératrice ; mais les chances en sont considérablement diminuées. Si l'on attend les résultats de l'épreuve du travail pour juger de l'opportunité de l'intervention, on risque d'être contraint d'opérer dans des conditions moins bonnes, avec des membranes rompues, une cavité utérine dont l'asepsie est pour le moins douteuse, bref dans un « cas impur ». Certes, la césarienne supra-symphisaire a bien diminué notre appréhension et considérablement amélioré les résultats de l'hystérectomie pratiquée dans des circonstances imparfaites, mais n'est-il pas préférable d'intervenir avec les meilleures chances de succès ? Temporiser ne semble pas légitime, car en admettant que l'accouchement vienne à se dérouler de la façon la plus heureuse, il sera probablement nécessaire d'intervenir plus tard sur la tumeur. En ce qui concerne le produit de conception, la césarienne prophylactique ménage au mieux ses intérêts et cet argument est d'importance chez les fibromateuses, primipares âgées pour la plupart, dont

l'avenir obstétrical est incertain et dont il faut à tout prix sauver l'enfant.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous sommes hostiles à l'épreuve du travail et partisans résolus de l'opération césarienne, suivie de myomectomie ou d'hystérectomie, chez toute femme dont le fibrome de volume suffisant pour être dystocique demeure *prævia* au terme de la grossesse. Ce sont d'ailleurs ces raisons qui ont prévalu pour le choix de la conduite qui fut adoptée dans les deux observations que nous relatons à la fin de notre travail.

4. — MYOMECTOMIE OU HYSTÉRECTOMIE

Les contre-indications de la myomectomie

Lorsque surviennent, au cours de la grossesse, des complications qui obligent à intervenir sur un fibrome, le chirurgien dispose de deux procédés : la myomectomie ou l'hystérectomie.

De ces deux interventions la première seule est opportune. Elle est sans contredit l'opération de choix, puisqu'elle ménage la grossesse actuelle aussi bien que l'avenir obstétrical. L'hystérectomie ne respecte inversement ni le présent ni le futur. Elle ne saurait être qu'une opération de nécessité à laquelle il ne faut recourir que lorsqu'on est contraint de le faire soit par la gravité de la situation, soit par la complexité du cas.

Autrement dit, l'hystérectomie ne doit être pratiquée que si la myomectomie paraît imprudente, si elle est irréalisable, ou si enfin la conservation de l'utérus paraît compromettre les chances de succès. Les indications de l'hystérectomie ne sont donc faites que des contre-indications de la myomectomie.

Les contre-indications de la myomectomie

Reprenant à notre compte une classification qui nous paraît aussi claire que logique, nous dirons, avec BAUDOT, qu'il existe

trois ordres de contre-indications : celles qui proviennent de la mère, celles qui proviennent de l'œuf, celles qui sont tirées de la tumeur elle-même. La majorité d'entre elles ne sont d'ailleurs révélées qu'au cours de l'intervention.

1° Contre-indications provenant de la mère.

Ces contre-indications, signalées par TUFFIER, résultent de lésions annexielles surajoutées. L'état kystique ou scléro-kystique des ovaires, les lésions de salpingite bilatérale sont en faveur de l'exérèse, car il est sans grand intérêt de laisser en place un utérus myomectomisé et privé de ses annexes.

A l'encontre de l'opinion de BAUDOT, il ne nous semble pas que « l'état général déficient prononcé » de la mère soit une raison de préférer l'hystérectomie à l'opération conservatrice. Cette définition, entachée d'imprécision, ne signifie d'ailleurs pas grand'chose en soi. L'intervention, nous l'avons vu, doit toujours être motivée par des complications sérieuses qui ont pour conséquence une altération plus ou moins prononcée de l'état général. Mais ce n'est pas lui mais bien la complication dont il résulte qui peut être une contre-indication à la myomectomie. Lorsqu'un fibrome est sphacelé ou lorsqu'il est tordu, l'état général est grave assurément, mais n'intervient pas dans le choix de l'opération qui sera mutilatrice dans le premier cas, conservatrice dans le second. Il ne nous semble pas, bien au contraire, que la myomectomie soit plus choquante que l'hystérectomie.

La toxémie émétisante du premier trimestre avec son cortège de signes graves, cliniques et biologiques, coïncidant avec un fibrome compliqué pourrait être une indication de l'hystérectomie, en raison des dangers que présente un curetage dans un utérus fibromateux. Mais cette association qui, à notre connaissance, n'a jamais été rencontrée, s'apparente peut-être à une vue de l'esprit. Ne vaudrait-il pas mieux d'ailleurs être en ce cas conservateur encore et conjuguer la myomectomie avec l'hystérotomie en miniature qui permet de vider l'utérus suivant le

procédé que le professeur BRINDEAU a décrit ces dernières années ?

2° Contre-indications provenant de l'œuf.

On a autrefois pensé que l'infection amniotique était une contre-indication formelle à la pratique de la myomectomie. JOUBERT, le premier, a insisté sur les dangers que pourrait présenter pour les suites opératoires la septicité du contenu utérin. BAUDOT, dans sa thèse, se fait l'écho de cette opinion en écrivant qu'il faut craindre que la simple exérèse de la tumeur ne permette la propagation de l'infection au péritoine à travers la ligne de suture.

Une telle appréhension ne semble pas légitimée et nous paraît insuffisante pour motiver l'abandon de la myomectomie dans ce cas particulier. Lorsqu'on décortique un fibrome interstitiel ou que, à fortiori, on enlève un fibrome pédiculé, on ne pénètre pas dans la cavité utérine, ou du moins ne doit-on pas y pénétrer, et les sutures du capitonnage ne sont pas transfixiantes. On ne voit donc pas comment pourrait se faire la propagation directe de l'infection au péritoine. Et si, dans le cas particulier, l'hystérectomie peut être indiquée, c'est d'ailleurs par la crainte de laisser en place un utérus infecté que par celle, plus illusoire, que peut inspirer la myomectomie elle-même.

3° Contre-indications provenant du fibrome.

C'est ici que nous allons vraiment trouver les principales contre-indications de la myomectomie, car la tumeur elle-même, par sa topographie ou les modifications dont elle est le siège, est susceptible de rendre l'opération conservatrice difficile ou dangereuse.

La myomectomie est imprudente lorsque la dégénérescence fibromateuse est trop étendue. Tel est tout d'abord le cas des fibromes interstitiels très étalés ; leur énucléation nécessiterait une brèche dont l'importance ne permettrait pas une restau-

ration correcte, et entraînerait une perte de substance dont l'ampleur serait incompatible avec la continuation de la grossesse. Telle est ensuite l'éventualité de noyaux fibreux multiples dont l'exérèse équivaldrait à une lacération de l'utérus préjudiciable à la gestation. Ce fut le cas pour la première de nos deux observations.

Il ne faut pas oublier que la fin de la myomectomie est précisément la sauvegarde de la gravidité, et dès lors qu'elle la compromet en étant trop mutilante, l'hystérectomie, ici moins dangereuse pour la mère, doit être préférée. Elle paraît être la seule opération vraiment logique dans les cas précédents qui s'apparentent davantage à la fibromatose qu'au fibrome proprement dit.

La myomectomie est également impossible dans les fibromes diffus ou mieux diffluent, dans les myomes rouges, dont les limites sont imprécises, car ils sont littéralement liquéfiés par la dégénérescence aseptique. L'hystérectomie reprend ici tous ses droits, ainsi que TUFFIER et VAUTRIN l'ont signalé.

DOLÉRIS et MONTPROFIT ont également conseillé de préférer l'hystérectomie dans les cas de fibromes à marche galopante. La rapidité de leur accroissement, disent-ils, apparentent ces tumeurs à des tumeurs malignes, et ceci est une raison suffisante pour justifier l'ablation de l'utérus qui les porte.

Il ne nous appartient pas de discuter ce point particulier car nous manquons d'éléments d'appréciations, cliniques et anatomo-pathologiques. Mais à quel degré de rapidité, l'accroissement gravidique d'un fibrome cesse-t-il d'être physiologique pour devenir pathologique et justiciable d'une hystérectomie ? L'appréciation personnelle est ici un facteur d'une telle importance, à défaut de tests précis, que nous serions enclins à penser que l'hystérectomie systématique des fibromes rapidement accrus doit forcément conduire à des mutilations abusives.

Dans les cas de fibromes sphacelés enfin, quelle est l'intervention de choix ? Il importe de séparer, semble-t-il, les fibromes des tumeurs sessiles. Pour les premiers, il ne paraît pas à priori

que la myomectomie soit imprudente, mais pour les secondes, l'hystérectomie, conseillée par CHAVANNAZ, est l'opération la plus sûre. Il a été néanmoins publié quelques observations de sphacèle limité où la myomectomie a pu être pratiquée avec succès.

5. — A QUEL AGE DE LA GROSSESSE VAUT-IL MIEUX PRATIQUER LA MYOMECTOMIE ?

Rechercher quel est l'âge de la gestation la plus favorable à la myomectomie, essayer de préciser l'époque à laquelle elle fait courir à la grossesse le moins de risques, paraît être une gageure. La myomectomie, nous l'avons dit en effet, est surtout une opération-nécessité qui dérive de complications dont la gravité ne permet pas d'atermoyer. Le moment de l'intervention n'est donc pas choisi par le chirurgien, mais il lui est le plus souvent imposé par les circonstances.

La plupart des auteurs ont cependant discuté de cette question, et nous sacrifierons également à cet usage.

L'unanimité semble à peu près faite pour estimer que la période la meilleure pour la myomectomie se situe du troisième au cinquième mois de la grossesse. Tel est l'avis de VAUTRIN, de VINCENT et FERRARI (Bulletin S. O. G. 1912), de VIGNES, de DIDIER (Gy. et Obst. 1936) qui précisent que l'intervention pratiquée plus tôt comporte des risques plus considérables d'avortement, que plus tard elle est plus difficile alors qu'à cette époque de choix l'utérus possède une paroi dont l'épaisseur facilite l'énucléation de la tumeur.

LEPAGE (Rev. Franç. de Gyn. et Obst., 1937) aboutit aux mêmes conclusions et cet âge de la grossesse est celui, dit-il, où les complications atteignent le minimum de fréquence. Les fibromes, en effet, s'hypertrophient surtout au cours des trois premiers mois de la gestation et leur accroissement est au contraire peu sensible après le quatrième mois. Le ramollissement se manifeste

par contre, vers le cinquième mois avec un maximum d'intensité. BAUDOT, dans sa thèse, partage cette opinion. Dans la statistique qu'il publie, la myomectomie, toujours effectuée sur des indications impérieuses, a été pratiquée 2 fois au cours du premier mois, 3 fois le deuxième mois, 18 fois le troisième mois, 8 fois le quatrième mois, 10 fois pendant le cinquième mois, 3 fois au cours du sixième mois, 2 fois à sept mois et 2 fois enfin au huitième mois de la grossesse. Ce sont les opérations faites avant le cinquième mois qui ont donné les meilleurs résultats et entraîné le moins d'avortements.

JAMAIN, par contre, estime que la myomectomie doit être plus précoce ; le deuxième et le troisième mois sont pour lui l'époque de choix. FONTAINE enfin, pense que le moment opportun de l'intervention diffère selon qu'il s'agit de fibrome du col ou de tumeurs corporéales et segmentaires ; il vaudrait mieux opérer les premiers, vers 5 ou 6 mois de grossesse et les secondes au cours du deuxième et du troisième mois de la gestation.

Un point particulier concernant cette date favorable pour la myomectomie mérite de nous retenir quelques instants en raison de son importance obstétricale. VINCENT et FERRARI (1912) et plus récemment BAILLAT et RASCOLL (Bull. S. O. G., 1929) ont dit avec raison qu'il vaut mieux s'abstenir de toute myomectomie en fin de grossesse. Enucléer un fibrome au voisinage du terme pour laisser peu de temps après s'effectuer spontanément le travail de l'accouchement, c'est s'exposer à la rupture d'une cicatrice trop récente. L'enfant étant cliniquement viable, il est plus sûr et plus prudent de faire précéder la myomectomie d'une opération césarienne prophylactique.

6. — TECHNIQUE DE LA MYOMECTOMIE

Les fibromes du col ne nous retiendront que peu de temps, car le manuel opératoire de leur exérèse est généralement simple, à moins qu'il ne s'agisse de très volumineuses tumeurs obligeant à des morcellements compliqués.

L'ablation des polypes fibreux, qu'ils soient implantés sur le col ou accouchés à travers son orifice externe, sont facilement extirpables par simple torsion. Celle-ci suffit pour obtenir une hémostase complète à laquelle pourra contribuer, au besoin, un point d'électro-coagulation.

Quant aux fibromes inclus dans l'épaisseur d'une des lèvres du col, il convient d'entailler leur capsule et de cliver la tumeur, soit au doigt, soit à l'aide d'un instrument mousse, pour aboutir à sa libération.

La myomectomie abdominale, pour si impressionnante qu'elle soit sur l'utérus gravide, n'est pas, au dire des auteurs qui l'ont souvent pratiquée, une opération très complexe.

L'ablation des myomes pédiculés est des plus simples ; il suffit pour la réaliser de sectionner le pédicule, puis d'assurer l'hémostase par ligature ou par électro-coagulation si les vaisseaux le justifient. La suture correcte au catgut de la petite plaie qui résulte de la section affrontera en même temps les lèvres de cette plaie et le péritoine. Il ne s'agit vraiment là que d'une chirurgie mineure.

Plus complexe est la myomectomie pour fibromes interstitiels. Il convient, pour aborder la tumeur, d'inciser largement la coque utérine qui revêt le fibrome et de l'inciser jusqu'à lui. L'incision peut être elliptique, en côte de melon, à seule condition qu'elle n'enlève pas une étendue trop considérable de revêtement utérin, car celui-ci se rétracte après l'ablation de la tumeur et l'on risquerait de manquer d'étoffe pour une réparation correcte. KELLY et CULLEN, qui ont insisté sur ce point de technique, préfèrent ne pratiquer qu'une incision simple et reséquer ensuite, si nécessaire, les lèvres trop exubérantes de la plaie utérine.

Le fibrome est alors saisi par une pince de Museux et soigneusement clivé au doigt ou aux ciseaux courbes, en ayant soin de serrer toujours au plus près de la tumeur elle-même, afin d'éviter le risque d'ouverture de la cavité utérine.

L'énucléation du fibrome une fois terminée, existe-t-il de gros risques d'hémorragie ? GUILLOUD (Gy. et obst., 1929,

T. XX), qui a pratiqué de très nombreuses myomectomies en dehors de la grossesse, déclare n'avoir mis qu'un nombre restreint de ligatures, le capitonnage soigneux ayant toujours suffi à obtenir une hémostase parfaite. Sans doute, l'hyperhémie gravidique est-elle un facteur hémorragipare pour les myomectomies pratiquées au cours de la gestation et l'opération risque d'être plus sanglante. Mais les auteurs sont cependant unanimes à considérer le danger d'hémorragie comme de peu d'importance.

Il convient, pour en limiter les risques, de suturer la loge du fibrome énucléé avec une minutie toute particulière. Pour ce faire, on « *capitonne* » soigneusement la brèche par des points au catgut, points en U ou simplement points séparés, de manière à obtenir une suture étagée, réalisant, sans espace mort, un affrontement des surfaces, aussi parfait que possible. Les fils seront peu serrés, selon le conseil de BRINDEAU, en raison de la friabilité du tissu.

La suture de la coque utérine sera faite, par surjet ou points séparés, en prenant toute l'épaisseur du tissu, séreuse comprise, lorsqu'on opère sur la région corporéale de l'utérus. S'il s'agit d'une myomectomie portant sur le segment inférieur, autrement dit sur la zone de laxité péritonéale, il sera plus anatomique de décoller le péritoine au niveau des lèvres de la plaie afin de suturer indépendamment par un surjet d'enfouissement.

Pour clore enfin cet exposé technique que nous avons cru devoir rappeler puisqu'il a son importance, nous concluerons que la myomectomie pratiquée au cours de la gestation n'est pas une opération difficile, ni dangereuse et qu'il suffit simplement, pour la mener à bonne fin, de l'exécuter avec soin. Et nous ne faisons là que partager l'opinion que la plupart des chirurgiens ont tiré de leur expérience.

II. Conduite à tenir au cours du travail

De l'influence des fibromes sur la marche du travail

En ce qui concerne l'étude des complications que les fibromes peuvent entraîner lors de la parturition, nous adopterons une classification analogue à celle qui nous a précédemment servi pour l'exposé des incidents survenant en cours de gestation.

Les complications susceptibles d'entraver le libre cours de l'accouchement peuvent être rangées en deux catégories : les unes sont « *statiques* », dirons-nous, et les autres « *dynamiques* ».

Les complications statiques sont la conséquence directe de la présence d'un fibrome qui gêne ou rend impossible la progression normale du mobile foetal à travers la filière. La tumeur crée la dystocie par son seul volume, soit en perturbant le jeu normal de l'accommodation, soit en encombrant plus ou moins les voies que la présentation doit emprunter. Et puisque l'accouchement se résume à tout prendre à un problème de balistique, le fibrome agit ici, soit en imprimant au projectile une orientation défectueuse, soit en obstruant l'âme de la pièce.

Les complications dynamiques sont au contraire la conséquence indirecte du fibrome. Celui-ci n'agit plus ici en modifiant par sa masse elle-même, la position du fœtus, ni les diamètres de la filière, mais il perturbe la puissance qui doit normalement assurer la progression du projectile. Et poursuivant la comparaison balistique qui nous a précédemment servi, nous dirions

volontiers que le fibrome « mouille la poudre » en altérant la qualité de la contraction utérine.

1° LES COMPLICATIONS STATIQUES

Elles sont assurément de beaucoup les plus fréquentes. L'action de la tumeur peut, nous l'avons dit, soit modifier la présentation elle-même, soit dresser un obstacle sur le chemin qu'elle doit parcourir.

a) Les présentations vicieuses

Nous savons que la situation du fœtus dans la cavité utérine est régie par la loi de l'accommodation, loi physique et absolue, que PAJOT formulait ainsi : « Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siège d'alternatives de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme, et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant ».

Si nous comparons, avec les classiques, les formes du contenant utérin avec son contenu fœtal, l'un et l'autre nous paraissent emprunter à terme. L'aspect d'un ovoïde dont l'extrémité la plus large correspond au fond utérin et au siège du fœtus, tandis que la petite extrémité est constituée par le segment inférieur de l'utérus et la tête fœtale. Ce sont là des notions précises qui nous donnent la raison de la fréquence des présentations céphaliques.

Mais que des éléments pathologiques viennent à modifier la forme du contenant ou du contenu, voilà que leurs rapports changent et s'inversent. Dans un utérus que déforme un fibrome, le fœtus adapte toujours ses dimensions à la place qui lui est offerte, et c'est pourquoi les présentations vicieuses sont ici particulièrement fréquentes.

Alors que les présentations du sommet dominant dans l'eutoxie, et atteignent une fréquence de 93 à 95 %, 98,67 % même pour certains auteurs, les statistiques démontrent en cas de fibrome, qu'il n'en est plus ainsi.

Sur 22 cas observés par TARNIER, il y a 13 sommets et 9 sièges. TOLOCZINON, cité par SCHROEDER, trouve, pour 25 présentations du sommet, l'énorme proportion de 33 sièges et de 17 épaules. Dans son mémoire d'agrégation, LEFOUR a réuni sur un total de 102 observations, 52 sommets, 33 sièges et 17 épaules. Une statistique d'OLSHAUSEN comporte enfin 54 % de présentations du sommet, 24 % de présentations du siège et 19 % de présentations de l'épaule.

En ce qui concerne la responsabilité des diverses variétés de fibromes, vis-à-vis de la dystocie, ce sont surtout les fibromes sous-muqueux ou interstitiels qui paraissent être la raison principale des présentations vicieuses. Alors que les tumeurs sous-séreuses pédiculées limitent plutôt leur action au blocage de la filière, les tumeurs précédentes, au contraire, déforment au maximum la cavité utérine. Les myomes du fond et du corps utérin nous semblent devoir favoriser la présentation du siège, tandis que ceux du segment inférieur, qui obliquent l'arc utérin et refoulent latéralement la présentation, sont génératrices de présentations de l'épaule.

b) L'obstruction de la filière

L'obturation pelvienne par un fibrome prævia est une éventualité dont nous avons déjà considéré les incidences pour la grossesse à terme. Malgré les redites auxquelles nous allons nous exposer, et dont nous nous excusons par avance, il est cependant indispensable de revenir sur cette étude et de considérer à nouveau les complications qui peuvent surgir à l'heure de la parturition.

Deux notions essentielles dominent la pathogénie des fibromes prævia : la notion de leur siège, et celle de leur volume.

En ce qui concerne la première de ces deux propositions, la simple logique nous permet de penser que seules seront dystociques les tumeurs du col ou du segment inférieur, c'est-à-dire celles que leur topographie situe de façon certaine au devant de la présentation et les fibromes pédiculés du corps utérin

susceptibles de tomber dans l'excavation grâce à la longueur et à la laxité de leur pédicule. Inversement, les tumeurs interstitielles ou sous-séreuses, mais sessiles, haut situées, ne peuvent être l'occasion d'une dystocie semblable. Le siège du fibrome a donc une très grande importance et LEFOUR, dans son mémoire, adoptant une classification calquée sur celle de BARNES pour l'insertion vicieuse du placenta, divisait l'utérus en trois zones dont l'inférieure mérite encore ici, disait-il, le nom de « Zone dangereuse ».

Quant à la deuxième notion d'importance, celle du volume de la tumeur, elle a été bien précisée par TARNIER pour qui la dystocie était certaine lorsque la taille de l'obstacle atteint ou dépasse celle d'un « œuf de poule ».

À côté de ces deux notions dominantes, un troisième élément peut intervenir, moins essentiel sans doute, et d'appréciation plus difficile, c'est le ramollissement du fibrome par l'imbibition gravidique ou la nécrobiose, ramollissement qui peut permettre son aplatissement par la présentation contre les parois de l'excavation.

Si le fibrome mou peut être comprimé au point de permettre un accouchement à frottement dur mais dont l'issue sera pourtant normale, l'éventualité la plus fréquente est sans contredit le déplacement de la tumeur au moment du travail, déplacement providentiel qui peut lever l'obstacle et améliorer tel pronostic qui paraissait bien sombre.

Lors de la parturition, le fibrome peut se déplacer vers le haut ou vers le bas, il peut ascensionner ou descendre. Le sens de ce déplacement est essentiellement fonction du point d'implantation de la tumeur.

Les fibromes qui remontent sont les fibromes sous-séreux, fibromes du segment inférieur, ou fibromes du corps utérin pédiculés et prolabés dans le Douglas.

Ils ascensionnent avec d'autant plus d'aisance que leur pédicule est plus long. Notons au passage que les tumeurs du segment inférieur nous semblent devoir remonter plus précocement.

cement, lors de la formation même de ce segment inférieur, c'est-à-dire en fin de grossesse surtout.

Cette ascension s'accomplit grâce à un mécanisme dont DEPAUL, TARNIER, GUENIOT ont bien précisé les modalités. (Soc. de chirurgie, 1868), ce sont les contractions de la tunique externe, c'est le raccourcissement des fibres longitudinales, qui tirent sur la tumeur, comme elles tirent sur le segment inférieur pour l'amplifier et sur le col pour en déplisser les lèvres. BLANC (de Lyon) a pensé que l'ascension de certains fibromes à topographie segmentaire était due à la formation même du segment inférieur. Sans doute a-t-il raison, mais cela ne revient-il pas au même que de prétendre avec DEPAUL que le mérite en revient à la traction qu'exercent les fibres longitudinales externes ? L'isthme fibromateux n'est d'ailleurs pas très extensible ainsi qu'en témoignent l'observation de DALEAS (S. O. O. G., Toulouse, 1926) et celle de FAUGÈRE DE GAUTRET et de VILLAR qui durent recourir à la césarienne pour terminer un abortus de quatre mois.

La présentation elle-même peut avoir enfin une influence sur l'ascension des fibromes et TARNIER avait souligné la bienfaisante influence que peuvent avoir à ce point de vue les présentations du siège qui, plus mou et plastique, s'insinue comme un coin entre les parois pelviennes et la tumeur. Dans ses « Mémoires et Leçons d'Obstétrique », PUECH a très heureusement invoqué cette énucléation de la tumeur sur des surfaces péritonéales glissantes par une comparaison qui fait image : « à la façon, dit-il, d'un noyau de cerise pressé entre deux doigts ».

Les tumeurs qui se déplacent vers le bas sont celles qui, situées dans les voies génitales elles-mêmes, n'ont pas la possibilité d'ascensionner. Leur topographie les contraint à se laisser refouler au devant de la présentation qui s'engage, descend, et se dégage au cours de la parturition normale. Telles sont les tumeurs du col et les fibromes sous-muqueux pédiculés du segment inférieur, véritables polypes qui, lors de l'accouchement, apparaîtront à la vulve. Leur pédicule peut se rompre (VALLOIS), ou bien la tumeur demeure au dehors après l'expulsion (FORGET,

BANNBOTHAM, MARCHAL) ou bien encore elle réintègre le vagin sitôt après, comme si un lien élastique l'y attirait.

On a exceptionnellement cité des cas de tumeurs sous-séreuses qui sont sorties de l'excavation au devant de la présentation. Dans les deux cas qui nous sont connus (BRACHET, PORRO), il s'agissait de fibromes de la paroi antérieure de l'utérus logés dans le cul-de-sac vésico-utérin. Lors de l'accouchement, ils vinrent à la vulve revêtus de la paroi vaginale.

2° LES COMPLICATIONS DYNAMIQUES

Il est légitime de penser, avec les classiques, que les fibromes sont susceptibles de diminuer les possibilités contractiles du muscle utérin dont ils altèrent la texture, et cela surtout s'ils sont interstitiels, multiples ou étendus. De l'interposition d'une tumeur sur le trajet des fibres musculaires résulte une inertie relative et le fibrome, a dit BONNAIRE, agit comme un « écran » qui s'oppose à la propagation de l'onde contractile.

Il est cependant permis de se demander, semble-t-il si cette notion admise par la très grande majorité des accoucheurs est vraiment conforme à la vérité.

Le fibrome des femmes enceintes, des femmes jeunes par conséquent, est surtout un myome, nous l'avons dit, dont nous savons qu'il se contracte. Et la preuve en est que cette contraction se révèle être, au cours du palper, un excellent moyen de le distinguer d'une partie fœtale.

Dans son très intéressant ouvrage intitulé « *De la contraction utérine et des dyscinésies corrélatives* », DEMELIN met en doute que les contractions utérines soient « coupées » comme on le prétend, par la présence de la néoplasie. Pour lui, « l'hyposystolie » du myomètre est rare dans l'utérus fibromateux parturiant et « l'hypersystolie » serait la règle contrairement à l'opinion classique. Les contractions sont si puissantes, dit-il, qu'elles sont capables d'attirer vers le haut des fibromes parfois volumineux et pesants, et si les fibromes peuvent compromettre parfois la

contractilité, c'est qu'ils dévient le « *sac maternel* » en lui imprimant une obliquité nuisible.

Sans doute pourrait-on objecter à l'auteur que les fibromes dont l'ascension est la plus facile sont justement les fibromes largement pédiculés dont les rapports avec le myomètre sont trop limités pour porter atteinte à sa contractilité. Mais nous ne saurions prolonger ce débat dans lequel il nous est bien difficile de prendre formellement parti. Bornons-nous donc simplement à exposer ici les idées d'autrui en laissant à d'autres, plus qualifiés, le soin d'en dégager la vérité.

LE PRONOSTIC DANS LES PARTURITIONS COMPLIQUÉES DE FIBROME

Le pronostic de l'accouchement, dans les grossesses compliquées de fibrome, n'est certes pas égal à lui-même. Il est au contraire essentiellement variable selon qu'on l'envisage dans le passé, à l'époque où l'obstétrique était aussi peu chirurgicale que possible, ou dans le présent qui voit s'affirmer de plus en plus la tendance opératoire des accoucheurs modernes. Aux solutions obstétricales qui consistaient à vouloir vaincre à tout prix, et par les voies naturelles, la dystocie en cause, nous préférons aujourd'hui tourner la difficulté en passant par la voie haute. Aux aléas d'une intervention d'obstétrique incertaine, aveugle et souvent brutale, nous préférons l'aisance et la sécurité que donne la chirurgie.

Loin de nous la pensée de vouloir élever une critique acerbe contre la ligne de conduite que les vieux Maîtres adoptaient autrefois. Ils avaient pour ce faire d'excellentes raisons dont la première était l'insécurité des méthodes chirurgicales de leur temps, et nous ne saurions oublier selon le mot si juste du professeur Paul DELMAS, que « *si nous sommes plus grands, c'est que nous sommes montés sur leurs épaules* ». Mais il n'est que

d'examiner les statistiques et de comparer les résultats pour voir dans lequel des deux camps, des anciens ou des modernes, se trouve la vérité.

Dans les vieilles observations où l'on attendait avec patience l'ascension providentielle d'un fibrome prævia, le travail était parfois indéfiniment prolongé. Il durait, nous dit le Prof. PUECH, 2, 3, 4 jours (SOUMAIN, STOLZ), parfois même davantage et jusqu'à 6 jours (HALL-DAVIS, HIRON, PORDHAM), 7 jours (ANGER), et même 16 jours comme dans un cas rapporté par MAYOR, à tel point que la parturiente pouvait littéralement mourir de fatigue, tel un animal que l'on force à la course, comme ce fut le cas dans cette dernière observation.

La mort par infection était monnaie courante. La rupture prématurée ou précoce des membranes, ouvrant aux germes la porte ovulaire, était à peu près la règle dans ces parturitions désespérées, et la mort de l'enfant venait aggraver encore une infection à peu près fatale pour un organisme débilité par un travail laborieux. L'utérus se rompait aussi parfois après s'être inutilement exaspéré sur un obstacle invincible.

Bref, le pronostic de ces accouchements compliqués de fibrome était particulièrement sévère. Dans son mémoire d'agrégation, LEFOUR réunit 307 cas dans lesquels l'accouchement s'est effectué 165 fois à terme et par les voies naturelles, 90 fois même l'expulsion fut spontanée. Mais sur 286 observations, où le sort de la mère est indiqué, l'auteur relève 141 morts, soit l'effroyable proportion de 1 sur 2,02.

Pour l'enfant, les résultats étaient plus déplorables encore, s'il se peut : dans cette même statistique de LEFOUR nous trouvons, dans les 220 observations où le sort du produit de conception est indiqué, 130 morts-nés, soit 1 sur 1,69.

Dans les cas d'ailleurs où l'utérus, au prix de contractions vigoureuses, arrivait à triompher de la dystocie, l'enfant naissait parfois avec des déformations plastiques, des empreintes, des ecchymoses qui témoignaient des difficultés de la parturition. De tels faits ont été rapportés par LEVÈRE, SIMPSON, KUCHEMEISTER, par M^{me} LA CHAPELLE et par BLOT. M. CHAUSSIER, BOVIN,

DUGÈS ont même publié des cas, plus graves encore, où la tête fœtale avait été littéralement écrasée, entre la tumeur et le bassin, en une céphalotripsie spontanée qui avait permis l'accouchement par les voies naturelles. MARTIN a relaté enfin une observation de rupture de la fontanelle, ainsi qu'une autre dans laquelle il y avait eu déchirure du sinus longitudinal sous l'influence du traumatisme obstétrical.

Les autres statistiques anciennes, que nous empruntons au mémoire du professeur PUECH, sont tout aussi déplorables : celle de SUSSEROTTE comporte 33 % de mortalité maternelle et 66 % de mortalité fœtale ; celle de NAUSS totalise 53,92 % de mort pour la mère et 52,2 % pour l'enfant. Les pourcentages cités par GUSSEOWE enfin sont respectivement de 57 % et de 66 %.

Pour venir au secours de l'accouchement qui ne pouvait se terminer spontanément par les seules forces de la nature, les médecins recouraient avec prédilection aux interventions obstétricales. Dès lors, des controverses s'ouvraient entre partisans du forceps, tels que DEPAUL, CHARPENTIER, LEFOUR, et adeptes de la version avec TARNIER et FRITSCH. C'était là, nous semble-t-il aujourd'hui, discuter longuement pour des résultats décevants, sur les insuccès que donnait l'obstétrique entre des mains cependant expertes. Dans son travail où il rassemble les statistiques de SUSSEROTTE, de TARNIER, de LEFOUR, de CHAHBAZIAN, le professeur PUECH trouve, sur 57 applications forceps, 38 mères (soit 66 %) et 25 enfants vivants (soit 43 %) et sur 29 versions, 7 mères (soit 24 %) et 7 enfants (soit 24 %) sortis indemnes de cette rude épreuve. Si la comparaison des chiffres paraît conseiller le forceps, avouons que nous demeurons présentement confondus par ces déplorables résultats. L'embryotomie sur enfant mort elle-même ne donnait pas des résultats plus encourageants et son passif se grevait d'une mortalité de 50 %.

La chirurgie pourtant n'était pas meilleure, et nous l'allons bien voir. Si l'on exclue la symphyséotomie, opération peu logique et insuffisante qui ne vise qu'à l'élargissement conjectural de la filière et dont LEPAGE a seul rapporté un cas heureux, les résultats de la césarienne, de l'amputation de PORRO ou de l'hysté-

rectomie, n'étaient pas, pour nos devanciers, des résultats encourageants. Seules donnaient des succès les myomectomies par voie basse, celles qui respectaient le péritoine, et c'est ainsi que DANYAU (Acad. de Médecine, 1859), énucléait sans dommage, de la lèvre postérieure du col, un fibrome de 650 gr. et que MUNDE enlevait pendant le travail, un myome semblable de 1.500 gr. Mais les suites opératoires prenaient une tournure bien différente lorsqu'il s'agissait de laparatomie.

En ce qui concerne l'opération césarienne isolée, l'issue en fut longtemps déplorable : LEFOUR, dans son travail, en réunit 27 cas sur lesquels on ne compte pas moins de 22 morts (soit 81,48 % de mortalité). A partir de 1880, les résultats sont pourtant un peu moins mauvais. L'on ne saurait pourtant, loin de là, prétendre au succès. PESTALOZZA (1890) compte 12 morts sur 18 observations nouvelles (66 % de mortalité), tandis que APFELSTEDT rapporte 50 % d'échec.

L'amputation de PORRO fut pratiquée pour la première fois, sur l'utérus fibromateux, par STORER (de Boston en 1868), c'est-à-dire avant même que PORRO n'ait donné à cette intervention le nom qu'elle porte aujourd'hui. Son opérée mourut 3 jours après. Répétée par TARNIER, onze ans plus tard (1879), pour des indications analogues, l'intervention conduisit au même désastre. Les résultats furent plus encourageants par la suite : 18 opérations nouvelles (dont 17 pratiquées par PESTALOZZA et 1 par FREUND) comportèrent 50 % de succès et APFELSTEDT pouvait écrire que, depuis 1886, le procédé ne donne pas plus de 20 % de mortalité.

Quant à l'hystérectomie, pratiquée pour la première fois sur l'utérus gravide par GUERMONPREZ (de Lille), en 1895, elle paraît avoir donné des résultats moins décevants pour la raison, sans doute, qu'elle vint plus tard, à une époque où la tactique opératoire était déjà meilleure, VARNIER et DELBET la pratiquèrent avec succès. Elle ne recueillit pourtant pas la totalité des suffrages et rappelons, sans nous étendre, que BUDIN et BOUILLY conseillaient, après la césarienne, de pratiquer la simple ligature des trompes et des vaisseaux utéro-ovariens, destinée, dans leur esprit, à amener la régression des fibromes.

A ces résultats divers, qui appartiennent à l'obstétrique aussi bien qu'à la chirurgie et qui expriment admirablement à quel sombre pronostic était autrefois vouée la parturition des utérus fibromateux, comparons nos statistiques modernes.

Il n'y est plus question de manœuvres obstétricales. Forceps, version, embryotomie même nous ont donné trop de preuves de leur indiscutable faillite pour qu'ils puissent subsister encore dans l'arsenal thérapeutique dont nous disposons contre la dystocie des fibromes. Toute manœuvre de force qui consiste, pour vaincre l'obstacle, à forcer le passage par une traction manuelle ou instrumentale, est rigoureusement proscrite. Lorsque s'impose la nécessité d'intervenir, c'est à la chirurgie seule que l'on a recours et le plus vite possible. Certes, le progrès des techniques chirurgicales est une des raisons majeures des succès obtenus, mais l'un des facteurs primordiaux du succès est aussi la rapidité de la décision opératoire. A ces attentes prolongées qui modifiaient les conditions dans un sens défavorable et qui ne pouvaient que compromettre les résultats, on a substitué l'intervention précoce telle que la conseillait déjà le professeur BAR à la Société d'Obs. de Paris en 1902.

Cette rapidité de la décision chirurgicale a singulièrement modifié l'histoire de l'accouchement des utérus fibromateux. Elle a transformé en un pronostic bénin un pronostic des plus sombres, à tel point qu'il est permis d'écrire aujourd'hui que les résultats obtenus avoisinent la perfection.

Le professeur BRINDEAU a publié en 1923 (In. Presse Médical, n° 34, page 385), des résultats personnels concernant 27 malades opérées tant de myomectomie que d'hystérectomie. Une seule est morte, dans les suites, d'œdème aigu du poumon après narcose à l'éther.

BOMPART a pu réunir 132 cas d'hystérectomie abdominale pour fibromes, tant au cours de la grossesse que du travail, avec un seul décès. Tout récemment enfin, LANTUEJOL et MERGER ont rapporté à la Société d'Obstétrique de Paris (Séance du 2 mars 1942) une statistique globale des interventions pratiquées pour fibrome, à la Clinique TARNIER, pendant 20 ans, de 1922 à 1942,

tant en dehors qu'au cours de la puerpéralité. Pendant la grossesse, puisque seule cette particularité nous intéresse ici, il a été procédé à un total de 83 interventions avec une mortalité globale de 5 %. Ces 83 interventions comprennent 21 hystérectomies totalisant 10 % de décès, 61 myomectomies avec 3 % de mortalité, 1 simple laparatomie suivie d'abstention dont la raison n'est pas indiquée. Une seule intervention a été pratiquée au cours du travail, il est vrai, mais cette statistique n'en est pas moins démonstrative de la bénignité actuelle du traitement dans les cas de grossesse compliquée de fibrome.

La lecture de ces statistiques permet de se rendre un compte exact des remarquables progrès qu'a faits, depuis le début de ce siècle, le pronostic de l'accouchement dans les utérus fibromateux. Mais s'il en est ainsi, c'est bien grâce à la chirurgie qui nous a donné, avec sa sécurité actuelle, les moyens de résoudre un problème thérapeutique difficile dont l'obstétrique pure se révélait incapable de nous apporter la solution.

LE TRAITEMENT ACTUEL DE FIBROMES AU COURS DE LA PARTURITION

Nous avons précédemment exposé, au chapitre des indications opératoires pendant la grossesse, combien il nous paraît recommandable d'avoir recours à l'opération césarienne prophylactique chaque fois qu'un fibrome n'a pas débloqué la filière en fin de gestation. Mais lorsque le travail survient et nous surprend chez telle fibromateuse auprès de laquelle nous sommes appelés d'urgence, quelle ligne de conduite convient-il d'adopter ?

En dépit des statistiques déplorables de son temps, HOFMEIER (*Zeits. für geb. und. Gyn.* Bd XXX Hgt I, p. 199) formulait la conclusion que « les myomes ne causent que rarement pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches des dangers réels, des dangers sérieux ». Et, conseillant une attitude de prudente expectative, il ajoutait : « patience, direction prudente de l'accouchement, surtout antisepsie rigoureuse, surveillance

judicieuse de la délivrance, voilà les conditions qui permettent de diminuer considérablement les dangers ». Aussi réservé était le conseil de LEFOUR qui écrivait dans son Mémoire : « Il faut attendre d'abord, en faisant à la nature une part aussi large que possible mais limitée par l'intérêt de la mère et de l'enfant ».

Telles étaient les idées qui prévalaient autrefois, où dominait le souci de s'abstenir, autant que possible, de toute manœuvre et de tout acte opératoire. On comprend fort bien les raisons de cette prudente abstention étant donné les résultats effroyables que donnaient aussi bien les interventions obstétricales que chirurgicales, et mieux valait patiemment attendre l'intervention de la Providence. C'était en désespoir de cause seulement, lorsque la Nature n'avait pu lever et forcer l'obstacle fibromateux, que l'on se résignait à intervenir : on tentait de refouler la tumeur, on appliquait le forceps ou l'on faisait une version, selon les préférences de chacun, et ce n'est qu'en fin de compte, lorsque toutes les ressources de « l'Art » étaient demeurées vaines, que l'on recourait à l'opération césarienne suivie d'amputation de Porro ou d'hystérectomie.

Les tendances chirurgicales de l'obstétrique moderne et l'amélioration des techniques aussi bien que des résultats, ont totalement renversé aujourd'hui la conception du traitement de la dystocie par fibrome. La ligne de conduite qu'il convient d'adopter doit être essentiellement chirurgicale et, dirons-nous, *le traitement sera chirurgical ou ne sera pas.*

Le traitement ne sera pas, autrement dit l'abstention et l'attente seront permises dans les cas de fibrome abdominal, situé au-dessus de la présentation. L'accouchement a ici toutes les chances de se terminer spontanément, et la tumeur ne saurait avoir une action que sur la présentation ou sur la qualité des contractions utérines. Certaines manœuvres obstétricales sont ici permises lorsque les conditions d'exécution en sont favorables : application de forceps dans l'excavation, basiotripsie ou embryotomie sur enfant mort. Mais la version interne dans un utérus fibromateux, qu'il s'agisse de version pour une présentation de l'épaule ou pour un sommet mobile, nous paraît être une

intervention qu'il faut absolument proscrire. Mieux vaut cent fois avoir délibérément recours à la chirurgie.

Le traitement sera par contre exclusivement chirurgical en cas de fibrome pelvien, situé au devant de la présentation.

Si nous n'ignorons pas, en effet, les possibilités d'ascension des fibromes prævia sous l'influence des contractions vigoureuses du travail, et nous en avons déjà parlé à maintes reprises, nous savons aussi que l'un des facteurs essentiels du succès est la précocité de la décision opératoire. Attendre, c'est perdre un temps précieux, c'est risquer d'intervenir dans des conditions moins favorables, c'est souvent compromettre en un mot la sécurité du résultat.

Toutes les manœuvres obstétricales doivent être aujourd'hui abandonnées. Elles sont aveugles et brutales au premier chef puisqu'elles se proposent soit de repousser la tumeur vers le haut, soit de faire franchir à la présentation par tractions céphaliques ou podaliques, l'obstacle qui l'arrête. Aussi proscrivons-nous absolument aussi bien les tentatives de refoulement du fibrome au cours du travail, que les applications de forceps ou les extractions du siège. Elles ne sauraient donner des résultats supérieurs à ceux qu'elles donnaient autrefois et nous avons vu, au précédent chapitre, combien ils étaient défavorables.

Il nous semble, en définitive, que la thérapeutique actuelle de la dystocie par fibrome peut, au cours du travail, se résumer clairement ainsi :

ou bien la tumeur, haut située, ne gêne pas et l'on ne fait rien, ou bien le fibrome est prævia et en ce cas il faut se hâter d'opérer.

QUELLES INTERVENTIONS FAUT-IL PRATIQUER ?

En ce qui concerne les fibromes prævia que l'on peut atteindre par voie vaginale, fibromes du col ou polypes sous-muqueux pédiculés que la présentation refoule au cours de sa progression,

deux possibilités s'offrent à nous. L'on peut, en effet, soit extirper la tumeur qui fait obstacle et abandonner ensuite l'accouchement aux seules forces de la nature, soit encore pratiquer une opération césarienne en remettant à plus tard l'exérèse du fibrome. Mieux vaut, quand il se peut, adopter la première de ces deux attitudes. Elle est infiniment plus logique et nous paraît également plus sûre, car les accidents infectieux sont toujours à redouter dans les suites de couches si on abandonne dans les voies génitales un fibrome plus ou moins modifié dans sa texture par la nécrobiose et qui gêne l'écoulement des lochies. Le choix de cette ligne de conduite est aussi justifié par les bons résultats qu'elle donne et dont témoignent les statistiques anciennes elles-mêmes.

L'intervention enfin est souvent très banale, se limitant parfois à la simple section d'un pédicule.

Pour ce qui est des fibromes accessibles par voie abdominale, plusieurs solutions se peuvent concevoir.

Il en est tout d'abord de mauvaises qu'il faut déconseiller car elles sont imparfaites. Ce sont celles qui consistent soit à se borner à une myomectomie en laissant ensuite l'accouchement se poursuivre par les voies naturelles, soit, au contraire, à ne pratiquer qu'une opération césarienne en abandonnant le fibrome in situ pour lui laisser toutes ses chances de régression dans les suites de couche.

Quelques auteurs se sont faits les protagonistes de l'une et de l'autre de ces deux méthodes. Nous ne les citons que pour les rejeter absolument en raison de leur insuffisance : pratiquer la seule myomectomie et laisser le travail se poursuivre, c'est s'exposer à ce que l'accouchement ne se termine pas spontanément, c'est s'exposer aussi à la rupture de l'utérus au point faible de sa cicatrice. Quant à l'abandon d'un fibrome après césarienne, cela est également aussi une mauvaise tactique qui risque fort de compromettre sérieusement la simplicité des suites de couche.

Lorsque l'on intervient chirurgicalement pour fibrome au cours du travail, il faut tout d'abord vider l'utérus par hystérotomie. L'opération césarienne doit être, en effet, le temps préli-

minaire de l'intervention. Elle sera exécutée de préférence sous rachie, comme à l'ordinaire. Vaut-il mieux avoir recours à la césarienne corporéale ou à la césarienne segmentaire. La première a été conseillé afin de pouvoir extérioriser l'utérus avant son incision et se rendre compte ainsi de l'étendue de sa dégénérescence myomateuse. Mais il faut une incision considérable pour amener au dehors un utérus gravide à terme que le fibrome accroît encore, et cette technique ne semble pas présenter, par ailleurs, un avantage quelconque. Mieux vaut, pensons-nous, pratiquer une hystérectomie supra-symphysaire après laquelle l'utérus, évacué de son contenu fœtal et placentaire, sera aisément extériorisé sur un lit de compresses afin qu'il soit procédé à un inventaire minutieux des lésions. Cet inventaire est important, car c'est de lui que va dépendre le choix de l'opération complémentaire qui doit suivre: myomectomie ou hystérectomie.

Rappelons une fois de plus que la chirurgie des fibromes doit être chez la femme enceinte aussi conservatrice que possible et qu'il faut toujours préférer, quand il se peut, la myomectomie à l'hystérectomie. Les contre-indications majeures de la myomectomie proviennent de l'œuf ou du fibrome lui-même :

Lorsque l'on intervient sur un utérus dont l'œuf est infecté, dans un cas impur, dirons-nous, mieux vaut se résigner à une exérèse sub-totale plutôt que de courir les risques graves que peut entraîner la conservation d'un utérus septique, ou tout au moins suspect. Mais le choix de l'attitude qu'il convient d'adopter tombe ici dans le domaine des décisions à prendre, après opération césarienne, dans les cas impurs. Dans les cas d'infection grave, tels que la physométrie avec enfant mort, l'hystérectomie en bloc est même à conseiller.

Dans la discussion qui a suivi le rapport du professeur BRINDEAU au Congrès de Bruxelles en 1929, KELLER a fait quelques réserves au sujet de la myomectomie. Pratiquée au cours du travail, après opération césarienne, la myomectomie lui semble plus aléatoire que lorsqu'on l'exécute pendant la grossesse, en raison des risques d'infection de la plaie opératoire. L'auteur lui préfère l'hystérectomie, moins dangereuse, dit-il, plus sûre et

conseille de ne recourir à la myomectomie intra partum que dans les seuls cas opérés au début du travail avec des membranes intactes. Nous pensons, en ce qui nous concerne, qu'une telle opinion est un peu timorée.

Quant aux contre-indications de la myomectomie que fournit la tumeur elle-même, elles sont identiques à celles que nous avons longuement étudiées à propos de la grossesse. Nous nous contenterons de les rappeler brièvement : fibromes étalés ou diffluents, noyaux multiples, toutes circonstances, en un mot, ou l'étendue des délabrements que devrait entraîner la myomectomie paraît incompatible avec la conservation de l'utérus.

OBSERVATIONS

Les deux observations inédites que nous rapportons ici et auxquelles nous nous limitons intentionnellement, ont été les instruments de notre travail. Nous les devons à l'obligeance du Docteur BATLLE, qui a bien voulu nous en confier la publication.

OBSERVATION I

M^{me} M... Igeste de 29 ans, est amenée à notre consultation du 28 avril 1938 par une sage-femme qui, lors d'un examen récemment pratiqué, a fait des constatations insolites, mais dont elle ne peut préciser la nature exacte.

Depuis l'âge de 12 ans, la malade a toujours été régulièrement réglée, elle n'a jamais présenté ni ménorragie ni métrorragie. Notons au passage que sa mère est décédée à 49 ans des suites d'une hystérectomie pour fibrome.

La date des D. R. ne peut être précisée, mais depuis près de 3 mois déjà, il y a des nausées et des vomissements matutinaux, ainsi que des modifications subjectives des seins. Au toucher, l'excavation est occupée par une masse irrégulière et dure, des dimensions d'une orange, qui se mobilise aisément et paraît s'implanter sur la face postérieure de l'utérus. Le col, ramolli, est difficilement accessible, très haut, derrière la symphyse. En refoulant avec précaution la tumeur pelvienne, la main abdominale parvient à délimiter l'utérus globuleux et mou. Le diagnostic posé est celui de fibrome de la face postérieure d'un utérus gravidé de 3 mois environ que la tumeur entraîne en rétroversion. Bassin normal.

La malade est dès lors régulièrement suivie,

Le 30 mai, elle dit avoir senti remuer. H. U. = 19 cm. Bruits du cœur non perçus. Au toucher, le fibrome paraît avoir considérablement grossi. Il occupe la presque totalité de l'excavation et a perdu sa mobilité première, il est aussi plus mou. Le col est toujours haut situé, derrière la symphyse. La malade ne présente cependant ni troubles de la miction, ni douleurs spontanées ou provoquées à l'exploration.

Etant donné la situation postérieure du fibrome, dont l'ectomie nécessiterait des manipulations utérines dangereuses pour la grossesse, étant donné l'âge de la gestante et l'absence de toute complication, on décide de s'abstenir et d'attendre le terme, à moins qu'un incident ne vienne à imposer une décision.

Le 22 juin, H. U. = 22 cm. Bruits du cœur perçus. Aucun changement dans la topographie de la tumeur.

Le 15 juillet H. U. = 24 cm. Ballotement abdominal et bruits du cœur perçus. La malade ne signale aucun trouble. Le fibrome paraît avoir encore augmenté de volume et devoir s'enclaver dans l'excavation.

Le 4 août, H. U. = 27 cm. La topographie du fibrome s'est considérablement modifiée ; il a nettement ascensionné, il a dégagé l'excavation et n'occupe plus que l'aire du détroit supérieur. Le col utérin, facilement accessible, est presque revenu au centre de figure.

Le 17 août, H. U. = 30 cm. Aucune modification n'est à signaler.

Le 1^{er} septembre, H. U. = 31 cm. Au palper, fœtus en écharpe dont l'extrémité céphalique est perçue dans la fosse iliaque droite. Le fibrome, toujours accessible dans le Douglas, demeure à l'entrée du bassin.

Les examens du 15 et 22 septembre ne permettent aucune constatation nouvelle.

Le 29 septembre enfin, H. U. = 34 cm. La tête fœtale est toujours dans la fosse iliaque droite, les bruits du cœur sont excellents. La tumeur demeure à la même place. Il n'existe sur la face antérieure de l'utérus aucun fibrome. La grossesse parais-

sant à terme, il est alors décidé que la malade entrera à la clinique afin qu'on puisse intervenir à la moindre alerte.

Le 8 octobre, sous rachi-analgésie (0,16 ctg de syncaïne à 8 %), il est tout d'abord procédé à une opération césarienne supra-symphysaire, selon la technique de BRINDEAU. Une fois l'utérus incisé, une main va, dans la fosse iliaque droite, à la recherche de la tête qu'elle ramène et extrait facilement à l'aide de deux doigts introduits dans la bouche du fœtus. Celui-ci, du sexe masculin, pèse 2.980 gr. et crie dès sa naissance.

Sitôt après la délivrance, l'utérus est extériorisé afin d'en inventorier les lésions. C'est alors que l'on a la surprise de constater qu'il n'existe pas seulement un fibrome à la face postérieure de l'utérus, mais qu'il y en a cinq, 3 gros et 2 petits. Le plus volumineux d'entre eux, le seul dont les examens de la grossesse avaient révélé l'existence, est un fibrome pédiculé qui s'insère sur le segment inférieur et dont les dimensions avoisinent celles d'une tête fœtale à terme. Il est surmonté de deux autres myomes interstitiels du volume d'une mandarine et situés presque symétriquement à l'union du segment inférieur et du corps utérin. Deux nodules de moindre volume enfin, gros comme une noix, se trouvent implantés sur la région corporeale.

Etant donné la multiplicité des fibromes, multiplicité qui semble contre-indiquer la myomectomie, il est procédé à une hystérectomie sub-totale qui s'exécute sans incident. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Les suites opératoires ont été des plus simples et la malade est sortie guérie de la clinique le 21^e jour avec son enfant qu'elle n'a pu nourrir au sein en raison d'un hypogalactie manifeste.

OBSERVATION II

M^{me} S... vient nous consulter le 8 octobre 1940 pour une amenorrhée qui dure depuis 2 mois (D R. du 14 au 19 juillet). Agée de 38 ans et mariée depuis 16 ans sans avoir jamais eu de grossesse, cette malade a sollicité pour cela un avis médical à

Strasbourg, en 1938. Le médecin consulté aurait alors découvert un petit fibrome auquel il aurait imputé la stérilité.

Depuis l'aménorrhée actuelle, aucun trouble de toxémie gravidique ne s'est manifestée. Il existe néanmoins des modifications subjectives et objectives des seins.

A l'examen : col au zénith, un peu mou. A travers le cul-de-sac latéral droit, on perçoit une masse très dure, du volume d'une mandarine, mobile, et séparée de l'utérus par un sillon. Il existe au-dessus de la symphyse une masse bi-lobée dont les deux lobes diffèrent par leur volume et leur consistance : le lobe droit, le plus petit, est ramolli, tandis que le lobe gauche, du volume d'une grosse orange, le surmonte comme un chapeau de clown de consistance ferme. -

Le diagnostic d'utérus fibromateux gravide est alors posé, avec fibrome mobile du bord droit de l'utérus et volumineux fibrome interstitiel de la corne gauche. Bassin normal.

La grossesse se poursuit dès lors sans incident d'aucune sorte.

Le 7 janvier 1941, H. U. = 22 cm. Le fibrome pelvien plonge dans l'aire du détroit supérieur au contact de la ligne innommée du côté droit, sa consistance et son volume sont peu modifiés. Le fibrome de la corne a, par contre, considérablement grossi. Il atteint le volume d'un poing et sa consistance est plus molle. Les bruits du cœur sont perceptibles.

Le 11 février, H. U. = 27 cm. En ce qui concerne les tumeurs, pas de modifications importantes. Sommet mobile en position droite. Bruits du cœur bons, à droite. -

Le 2 avril, H. U. = 33 cm. Présentation du sommet mobile en position droite ayant tendance à se latéraliser vers la fosse iliaque gauche. Le fibrome pelvien est remonté au-dessus du D. S. qu'il a débloqué ; il est accessible à bout de doigt dans la fosse iliaque droite. Le fibrome de la corne est tellement ramolli qu'il devient malaisé de le différencier de l'ensemble de l'utérus gravide. Il est cependant indolore à l'exploration.

Le 11 avril, H. U. = 34 cm. Aucune modification n'est intervenue. Sommet en position droite, toujours mobile et sans aucune tendance à l'engagement. Bruits du cœur bons, à droite.

La gestante entre alors en clinique aux fins d'expectative armée.

Dans la nuit du 24 au 25 avril, apparition de quelques mouches. La présentation du sommet demeure désespérément mobile au-dessus du D. S. Bruits du cœur bien frappés, à droite. Etant donné la persistance de cette mobilité, l'âge de la parturiente et son désir bien légitime de voir ménager au maximum les intérêts d'un enfant dont elle n'escomptait plus la venue, on décide d'intervenir chirurgicalement.

Le 25 avril au matin, sous rachi-analgésie (0,12 ctg de syncaïne à 8 %), opération césarienne basse selon la technique de BRINDEAU. Extraction d'un enfant vivant, du sexe masculin, pesant 3.610 grammes. Sitôt après la délivrance, l'extériorisation de l'utérus démontre l'existence d'un fibrome pédiculé, du volume d'une orange, inséré sur le bord droit du segment inférieur, d'un gros myome interstitiel de la corne gauche, très mou et de la taille d'un poing. Il existe enfin, sur la face postérieure du corps utérin, un troisième nodule interstitiel et gros comme une noix, dont les examens successifs ne pouvaient révéler la présence.

Malgré la multiplicité des fibromes, leur ablation paraît devoir être tentée sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hystérectomie.

L'incision de la césarienne est suturée, puis péritonisée en redingote, selon la technique habituelle. La rétraction utérine est d'excellente qualité et facilite considérablement la myomectomie qui fait peu saigner. Capitonnage très soigneux des brèches par sutures étagées. Fermeture de la paroi en trois plans. Le fibrome de la corne utérine, malgré sa consistance molle, pseudo-kystique, a pu être énucléé sans difficulté. Son centre est transformé par la nécrobiose en une bouillie rougeâtre. Notons au passage que cette dégénérescence avancée n'a pourtant donné lieu à aucune douleur, spontanée ni provoquée, en cours de gestation.

Les suites opératoires ont été des plus simples et la malade a quitté la clinique le 16^e jour, en excellente santé.

CONCLUSIONS

1° Une grossesse qui évolue dans un utérus fibromateux court des dangers d'autant plus grands que les fibromes sont situés plus près de la muqueuse utérine. Les fibromes du corps utérin gênent l'ampliation de l'utérus au cours des deux premiers trimestres de la grossesse et sont plus particulièrement responsables des avortements. Les fibromes isthmiques, susceptibles d'entraver la formation du segment inférieur, favorisent, au contraire, les accouchements prématurés. Les fibromes du col enfin peuvent, à tout moment de la grossesse, déclencher des contractions utérines réflexes ;

2° La myomectomie, pratiquée sur l'utérus gravide ne fait pas courir à la grossesse des risques sensiblement plus graves que la présence des fibromes elle-même. Il convient néanmoins d'en limiter les indications aux seuls cas où le fibrome est la raison d'une complication sérieuse ;

3° Les myomes de l'utérus gravide sont le siège de modifications diverses. Les unes, physiologiques, telles que leur hypertrophie et leur déplacement, ne motivent que rarement une intervention. Les autres, pathologiques, telles que la nécrobiose aseptique, le sphacèle, les troubles de compression, d'incarcération, de torsion, sont, à des degrés divers, des complications susceptibles d'imposer la myomectomie ;

4° Les indications opératoires, au cours de la gestation, peuvent être divisées en « indications formelles » : douleur vive, signes de compression graves, incarceration de l'utérus gravide, hypertrophie galopante des fibromes, et en « indications relatives » : douleur peu violente, compression du rectum, diagnostics hésitants. Lorsqu'au terme de la grossesse un fibrome prævia n'a pas ascensionné, mieux vaut, sans attendre, prati-

quer une opération césarienne prophylactique suivie de myomectomie ou d'hystérectomie ;

5° Les interventions chirurgicales sur l'utérus gravide doivent être essentiellement conservatrices, et la myomectomie sera toujours préférée parce que son exécution s'avérera possible et sans danger. Ces contre-indications peuvent provenir de la mère (lésions annexielles surajoutées, état kystique ou scléro-kystique des ovaires), de l'œuf (infection amniotique), ou du fibrome lui-même (néoplasie étendue, fibromes multiples) ;

6° La myomectomie est généralement d'une exécution facile. L'ablation des fibromes pédiculés se résume à la simple section du pédicule suivi de suture. L'énucléation des tumeurs interstitielles ne comporte que peu de risques d'hémorragie si l'on capitone soigneusement la brèche ;

7° Au cours du travail, les fibromes peuvent être l'origine de complications statiques et de complications dynamiques. Les premières, plus fréquentes, sont les présentations vicieuses et l'obstruction de la filière. Les secondes consistent en une diminution des contractions utérines dont la tumeur s'interposant sur le trajet des fibres musculaires perturbe la propagation. Cette interprétation semble d'ailleurs passible de critiques ;

8° Les tendances chirurgicales de l'obstétrique moderne ont totalement modifié le pronostic de l'accouchement des utérus fibromateux, autrefois si sombre. Toutes les manœuvres de force doivent être rigoureusement proscrites et seule une intervention précoce par voie haute, césarienne suivie de myomectomie ou d'hystérectomie, permet de ménager du mieux qu'il soit possible les intérêts de la mère et de l'enfant.



BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS, LACOUTURE et BOURSIER : *Césarienne et hystérectomie pour fibrome prævia*. (Bull. S. O. G. n° 8, 1924).
- ARTAUD : *Placenta prævia et fibrome, césarienne mutilatrice*. (Bull. S. O. G., 1934, p. 238).
- BAILLAT et RASCOLL : *Fibrome tordu chez la femme enceinte ; indications opératoires*. (Bull. S. O. G., 1929, p. 667).
- BALARD et BARTHÉLEMY : *Dystocie par fibrome prævia du ligament large chez une tuberculeuse ; césarienne ; hystérectomie*. (Bull. S. O. G. 1929, p. 347).
- BARTHÉLEMY (A.) : *Indications opératoires dans la nécrobiose des fibromes survenant au cours de la gestation*. (Revue Franç. de Gyn. et d'Obst., n° 8, août 1929).
- BARTHÉLEMY (A.) : *Contribution à l'étude clinique et au traitement de la nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse*. (Thèse de Bordeaux, 1929).
- BAUDOT : *Myomectomie et Grossesse*. (Thèse de Nancy, 1924).
- BERNARDREIG et G. FOURNIER : *Un cas de fibrome nécessitant une hystérectomie au cours de la grossesse*. (Bull. S. O. G., 1933, p. 263).
- BONNAIRE et BRINDEAU : *Fibrome et grossesse : hystérectomie*. (Bull. S. O. G., 1909, p. 131).
- BOQUEL (A.) : *Fibrome prævia ; opération césarienne à terme suivie d'hystérectomie abdominale sub-totale*. (Bull. S. O. G., 1907, p. 220).
- BRINDEAU : *Hystérectomie pour fibrome compliquant la grossesse*. (Bull. S. O., 1911, p. 535).
- BRINDEAU : *La myomectomie dans ses rapports avec la grossesse*. (Rapport au VI^e Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, Bruxelles, octobre 1929). (G. O. 1929, tome II, p. 255).
- BUÉ : *Fibrome et grossesse ; opération de Porro*. (Bull. S. O., 1910, p. 352).
- BUÉ et PALLIEZ : *Fibrome utérin et grossesse de 4 mois ; hystérectomie sub-totale*. (Bull. S. O. G., 1932, p. 448).
- CATHALA : *Volumineux fibrome prævia ; césarienne suivie d'hystérectomie*. (Bull. S. O., 1912, p. 432).
- COMMANDEUR : *Art. in Traité de Bar, Brindeau. Tome III, p. 269*.
- COTTE, BANSILLON et BUCHER : *Césarienne et myomectomies multiples pour fibrome prævia*. (Bull. S. O. G., 1937, p. 86).

- DEFOULOUY : Contribution à l'étude de la myomectomie abdominale dans les fibromes gravidiques. (Thèse de Paris, 1925).
- DELIASSUS : Enucléation de 4 fibromes à 3 mois de grossesse ; accouchement à terme. (Bull. S. O. G., n° 6, 1924).
- DELAUNOY et DÉMAREZ : Fibrome sous-isthmique du vagin au cours de la grossesse ; myomectomie ; accouchement normal. (Bull. S. O. G., 1935, p. 504).
- DENIS : Myomectomie au cours de la grossesse. (Thèse de Bordeaux, 1925).
- DEVRAIGNE et ARVISET : Ablation d'un énorme fibrome sur un utérus gravide de 3 mois et demi ; continuation de la gestation. (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1929, XXI, n° 2, p. 76).
- DIDIER (R.) : L'enucléation des fibromes volumineux au cours de la grossesse. (G. et O., 1936, T. II, p. 362).
- DUGUING et GUILHEM : Fibrome et grossesse ; hystérectomie sub-totale. (Bull. S. O. G., 1934, p. 590).
- DUVAL (J.) : Fibrome et grossesse à terme ; césarienne haute, hystérectomie sub-totale. (Bull. S. O. G., 1930, p. 172).
- DUVILLIER : Fibromes sphacelés et grossesse, hystérectomie. (Bull. S. O. G., 1932, p. 449).
- ERNST Robert (D') : Un cas de grossesse à terme avec fibrome enclavé ; opération césarienne suivie d'hystérectomie sub-totale. (Bruxelles Médical, n° 45, 9 sep. 1928).
- FABRE et RHENTER : Fibrome et grossesse ; césarienne et hystérectomie subtotal à terme. (Bull. S. O., 1912, p. 232).
- FABRICIUS (J.) : Sur le myome et la gravidité. (Wiener Médiz. Wochens, t. LXXIX, n° 18, 27 avril 1929).
- FLEURENT : Quelques cas de fibromes opérés pendant la gestation. (Bull. S. O. G., 1928, n° 2, p. 164).
- FLEURENT : Quelques cas de fibromes opérés pendant la grossesse. (Bull. S. O. G., Strasbourg, 3 décembre 1927).
- FRARIER : Fibrome prævia compliquant l'accouchement. (Bull. S. O., 1908, p. 222).
- FRUHINSHOLZ, MICHEL et HAMANT : Myomectomie et grossesse. (Bull. S. O. G., 1924, n° 7).
- FRUHINSHOLZ et HAMANT : Myomectomie dans le cas de fibrome volumineux compliquant la gestation. (Bull. S. O. G., 1928, n° 3, p. 290).
- FRUHINSOLZ et HAMANT : Myomectomie pour gros fibrome au cours de la gestation. (Bull. S. O. G., 1931, p. 290).
- GHIȚESCU, POPOVICI et POPESCU : Myomectomie au cours d'une grossesse de 3 mois et demi. (Soc. de Gyn. de Bucarest, janvier 1933 ; In Revue Franç. de G. et Ob., 1934, p. 278).
- GODLEWSKI : Fibrome et grossesse. (Bull. S. O. G., 1929, p. 375).
- GONNET et VORON : Deux cas de fibrome volumineux du segment inférieur gauche ayant permis un accouchement spontané. (Bull. S. O., 1908, p. 290).
- GOUILLOUD : Opération césarienne dans un cas de grossesse après myomectomie. (Bull. S. O. G., 1924, n° 2).

- GOUILLOUD : *Quinze cas de grossesse après myomectomie abdominale.* (Gyn. et obst., t. IX, n° 3, 1924).
- HALLER : *Myomectomie sur l'utérus gravide.* (Soc. de Chir. de Paris, séance du 30 mai 1924).
- HAMANT : *Myomectomie au cours de la grossesse.* (Bull. S. O. G., 1936, p. 405).
- HAMANT et HARTMANN : *Torsion d'un volumineux fibrome au cours de la grossesse.* (Bull. S. O. G., 1932, p. 574).
- HRUZEK : *Indication et résultats des myomectomies pendant la gestation.* (Thèse de Paris, 1929).
- IRIAETA : *Fibromes et gestation.* (Rev. Española de Obst. y Gyn., n° 245, mai 1936).
- JAHER : *Quatre interventions pour fibrome et grossesse.* (Bull. S. O. G., mai 1939, p. 359).
- KELLER : *A propos de la conduite à tenir en face d'un fibrome nécrobiosé et perforé dans le péritoine libre en présence d'une grossesse.* (Bull. S. O. G., 1936, p. 178).
- KELLER : *Quelques réflexions sur la myomectomie.* (Bull. S. O. G., 1939, p. 449).
- KOHLER : *Gestation et accouchements normaux après énucléation d'un gros myome.* (Zentbl. für Gyn., n° 5, février 1930, p. 292).
- LACOUTURE et FAVREAU : *Myomectomie au 4^e mois et accouchement à terme.* (Soc. de Méd. et Chir. de Bordeaux, séance du 4 avril 1924).
- LAFFONT et EZES : *Fibrome prævia intra-mural ; césarienne suivie d'hystérectomie.* (Bull. S. O. G., 1936, p. 467).
- LAFFONT et EZES : *Césarienne supra-symphysaire pour présentation du siège incliné dans un utérus fibromateux.* (Bull. S. O. G., 1936, p. 468).
- LANTUÉJOUL : *Article in Encyclopédie Médico-Chirurgicale, tome II, 5.063, p. 6.*
- LANTUÉJOUL : *Neuf observations de myomectomie au cours de la puerpéralité.* (Bull. S. O. G., 1935, p. 275).
- LANTUÉJOUL : *Les indications opératoires au cas de grossesse compliquée de fibrome.* (Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier, année 1937, p. 41) ; (Le Concours Médical, 4 déc. 1938, p. 308).
- LANTUÉJOUL et MERGER : *Traitement des fibromes au cours et en dehors de la puerpéralité.* (S. O. G., Paris, 2 mars 1942, in G. et O., 1942, tome 42, p. 125).
- LEPAGE : *A propos de cinq cas de myomectomie pendant la gestation.* (Rev. Franç. de G. et d'O., 1937, p. 348).
- LIEBMANN : *Énucléation d'un myome dans la gestation.* (Zentbl. für Gyn. n° 3, 19 janvier 1929, p. 172).
- MAHON (A.) : *Deux cas de césarienne et myomectomie.* (Bull. S. O. G., 1937, p. 291).
- MAHON : *Faut-il opérer des fibromes nécrobiosés au cours de la grossesse ?* (Bordeaux Chirurgical, janvier 1933).

- MIRCOUCHE : *A propos de la myomectomie pendant la gestation.* (Thèse de Paris, 1925).
- MULLER (G.) : *Dilatation sacciforme du segment inf. de l'utérus fibromateux gravide.* (Gyn. et Obst., 1931, t. II, p. 730).
- MURZENBERGER : *Trois cas d'hystérectomie pour fibrome prævia faites au cours du travail.* (Bull. S. O. G., 1930, p. 148).
- NOLENS : *Fibrome utérin volumineux compliquant une grossesse.* (Bull. S. O. G., 1932, p. 644, C. R. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., séance du 2 janvier 1932).
- PAUCOT et VANVERTS : *Fibrome et grossesse ; hystérectomie abdominale.* (Bull. S. O. G., 1911, p. 449).
- PERDU (C.) : *Volumineux fibrome prævia et grossesse.* (Gazette Méd. de Picardie, n° 87, mai 1930).
- PORTES et LEPAGE (F.) : *Rétroversion de l'utérus gravide fibromateux au 3^e mois de la gestation, myomectomie ; réduction de la rétroversion ; ligament oopexie ; accouchement à terme.* (Bull. S. O. G., 1938, p. 659).
- PUECH : *Mémoires et leçons d'obstétrique,* 1905, p. 231.
- REEB : *4 propos d'une observation de fibromes multiples et grossesse de 3 mois dans un utérus en rétro-flexion.* (Bull. S. O. G., 1929, p. 71).
- REEB : *Fibrome du vagin faisant obstacle à l'accouchement.* (Bull. S.O.G., 1929, p. 439).
- REEB : *Fibromes et grossesse.* (Bull. S. O. G., 1930, p. 97).
- REEB : *Trois observations d'hystérectomie pour fibromes qui présentent quelque intérêt.* (Bull. S. O. G., 1937, p. 370).
- REEB et GIRARDIN : *Fibrome prævia ; césarienne et myomectomie en fin de grossesse.* (Bull. S. O. G., 1939, p. 449).
- REISS : *Intervention pour myome en cours de gestation.* (Zentral Bl. für Gyn. n° 7, 15 février 1924).
- SIGMUND (H.) : *Opération du fibrome dans la gestation sous la protection de l'hormone du C. J.* (Wiener, Klin, Wochens, t. 49, n° 39, 25 septembre 1936, p. 1.193).
- STIEBER et GARIPUY : *Fibrome prævia , opération césarienne conservatrice ; dilatation aiguë gastro-duodénale post-opératoire et arythmie* (Soc. Obst. 1912, p. 171).
- SUREAU et JOB : *Fibrome nécrosé inséré sur le segment inférieur ; césarienne suivie d'hystérectomie.* (Bull. S. O. G., 1929, p. 131).
- TARNIER et BUDIN (Traité de), tome III, p. 457.
- TISSIER (L.) : *Fibrome utérin compliquant la grossesse ; opération césarienne suivie d'hystérectomie.* (Bull. S. O., 1902, p. 317).
- THOYER-ROZAT : *Quelle conduite à tenir chez les fibromateuses enceintes ?* (L'Hôpital, n° 406, octobre 1936).
- TRILLAT : *Deux cas de fibromes prævia traités par césarienne suivie d'hystérectomie.* (Bull. S. O. G., 1929, p. 565).
- VAUDESCAL : *Myomectomie pendant la grossesse.* (Brit. Med. Journ., 3 novembre 1928, p. 793).

- VAYSSIÈRE : *Observation de fibrome et grossesse ; de la conduite opératoire en cours de grossesse.* (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille, tome VI, n° 10, décembre 1932).
- VERMELIN et GUILLEMIN : *Volumineux fibrome enlevé par myomectomie au cours du 4^e mois de la gestation.* (Bull. S. O. G., 1935, p. 179).
- VIGNES et DAUPHIN : *L'année obstétricale, 1924, p. 47.*
- VINCENT et FERRARI : *Obstacle prævia dû à un fibrome du ligament large ; opération au 5^e mois ; accouchement à terme.* (Bull. S. O., 1912, p. 100).
- VORON et DUCROUX : *Volumineux fibrome prævia ; refoulement manuel au voisinage du terme ; accouchement par les voies naturelles.* (Bull. S. O. G., n° 8, 1924).
- WORGER : *Fibrome de l'utérus enlevé au cours de la gestation.* (Lancet, 7 mars 1925, p. 490).



TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	13
I. Conduite à tenir pendant la grossesse.....	17
1. — De l'influence des fibromes sur la grossesse ..	18
A) Fréquence de l'interruption de la grossesse	18
B) L'évolution de la grossesse après myomectomie ..	21
C) Déductions thérapeutiques	23
2. — De l'influence de la grossesse sur les fibromes..	25
1° Modifications physiologiques des fibromes au cours de la grossesse	25
A) Modification histo-physiologique. Hypertrophie des fibromes	26
B) Modification statique : le déplacement des fibromes	28
2° Modifications pathologiques des fibromes au cours de la grossesse.....	29
A) Modifications histo-pathologiques	29
a) Le ramollissement des fibromes. La nécrobiose aseptique	30
b) Le sphacèle	34
B) Modifications statiques	35
a) Compression	35
b) Incarcération de l'utérus gravide.....	37
c) Torsion	40
3. — Les indications opératoires au cours de la grossesse	43
Quelles sont donc les complications susceptibles de déterminer une décision opératoire ?	48
A) Indications formelles. Opération de nécessité ..	50
1° La douleur	50
2° Les signes de compressions	50
3° L'incarcération	51

	Pages
4° <i>L'hypertrophie galopante</i>	51
5° <i>Les fibromes du col</i>	51
B) Indications relatives. Opération de sécurité ..	52
1° <i>La douleur</i>	52
2° <i>Compression du rectum</i>	52
3° <i>L'avortement habituel</i>	53
4° <i>Les diagnostics douteux</i>	53
5° <i>Fibromes prævia et grossesse à terme</i>	53
4. — Myomectomie ou hystérectomie	56
Les contre-indications de la myomectomie	56
1° <i>Contre-indications provenant de la mère</i> ..	57
2° <i>Contre-indications provenant de l'œuf</i>	58
3° <i>Contre-indications provenant du fibrome</i> ..	58
5. — A quel âge de la grossesse vaut-il mieux prati- quer la myomectomie ?	60
6. — Technique de la myomectomie	61
II. Conduite à tenir au cours du travail	64
1° Les complications statiques	65
a) <i>Les présentations vicieuses</i>	65
b) <i>L'obstruction de la filière</i>	66
2° Les complications dynamiques	69
Le pronostic dans les parturitions compliquées du fibrome	70
Le traitement actuel des fibromes au cours de la parturition	75
Quelles interventions faut-il pratiquer ?	77
OBSERVATIONS	81
Observation I	81
Observation II	83
CONCLUSIONS	86
BIBLIOGRAPHIE	89



En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

LE PROBLÈME THÉRAPEUTIQUE
POSÉ PAR L'ASSOCIATION FIBROME-GROSSESSE
par M. Léon FLAUD.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 28 novembre 1942.

Le Professeur,
P. DELMAS.

Vu :

Montpellier, le 2 décembre 1942.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 4 décembre 1942.

Le Recteur,
J. SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue laira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



